



**สารศิริราช**  
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

จัดพิมพ์โดยอนุมัติคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล  
Published Under the Auspices of the Faculty of Medicine and Siriraj Hospital

ปีที่ ๑๗ ฉบับที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๐๘ Volume 17, Number 6, June 1965.

**โฆริโอคาร์ซีโนมา**  
การศึกษาจากการตรวจศพ ๔๕ ราย

ทินรัตน์ สถิตนิมานการ พ.ศ., F.I.C.S. (Path.)  
(แผนกพยาธิวิทยา)  
(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประดิษฐ์ คณิสร์รัต)

โฆริโอคาร์ซีโนมา เป็นมะเร็งชนิดที่พบบ่อยในหญิงไทย. ในการศึกษาสถิติของ มะเร็ง ในประเทศไทย ของ ประพนธ์ ชัยะรัตน์ (๑) พบผู้ป่วยที่เป็น โฆริโอคาร์ซีโนมา ๑๖ ราย ในจำนวนเนื้องอกชนิดร้าย ๑,๑๐๐ ราย, จากเนื้องอกธรรมดา ร.พ. จุฬาลงกรณ์, ตรวจจากเดือนมิถุนายน ๒๔๙๔ ถึงธันวาคม ๒๔๙๕. จำนวนเท่ากับ ๑.๕ เปอร์เซ็นต์. ของผู้ป่วยทั้งหมดที่เป็น

เรื่องย่อ. สถิตนิมานการ, ทินรัตน์. โฆริโอคาร์ซีโนมา. สารศิริราช ๒๕๐๘ (ก.ศ. ๑๕๖๕), ๑๗ : ๓๒๕-๓๓๑.

สถิติจากการตรวจศพของแผนกพยาธิวิทยา, ร.พ. ศิริราช ในปี พ.ศ. ๒๔๙๑ ถึง ๒๕๐๖ จำนวน ๘,๐๐๕ ราย พบว่าเป็นเนื้องอกร้ายชนิดโฆริโอคาร์ซีโนมา ๔๕ ราย (๐.๕๖ เปอร์เซ็นต์), เป็นไทย ๔๑ ราย จีน ๔ ราย, อายุระหว่าง ๒๐-๕๕ ปี. ในจำนวน พบเกิดขึ้นหลังการตั้งครรภ์ได้ปกติถึง ๔๖.๔ เปอร์เซ็นต์. ตำแหน่งที่พบการกระจายของโรคนี้นี้มาก ที่ปอด (๕๕.๕ เปอร์เซ็นต์), สมอง (๔๘.๕ เปอร์เซ็นต์), ตับ (๒๕.๖ เปอร์เซ็นต์), ไต (๒๗.๓ เปอร์เซ็นต์), ม้ามและลำไส้ (๑๑.๕ เปอร์เซ็นต์).

\* บรรยายในการประชุมประจำปีของวิทยาลัยพยาธิวิทยานานาชาติสาขาประเทศไทย, วันที่ ๑๒ ก.พ. ๒๕๐๘, ณ ห้องปฏิบัติการวิจัย ส.ป.อ., สถาบันพยาธิวิทยา, ร.พ. พระมงกุฎเกล้าฯ.

เนื้องอกชนิดร้าย, หรือเท่ากับ ๓.๐ ๒๕. ของผู้หญิงที่เป็นมะเร็ง.

โรซาน<sup>(2)</sup> ได้ศึกษาเนื้องอกชนิดร้าย จำนวน ๕,๔๕๔ รายจากเนื้องอกชนิดร้ายที่ตรวจใน ร.พ. ศิริราช (แผนกพยาธิวิทยา และแผนกสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา) ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๕๑ ถึง พ.ศ. ๒๔๕๕. เขาพบผู้ป่วยที่เป็น โชม์โฮคาร์ซิโนมา ๘๔ ราย, เท่ากับ ๓.๐ ๒๕. ของหญิงทั้งหมดที่เป็นมะเร็ง. ข้อนี้ตรงกับของประพนธ์ ชัยรัตน์. โดยที่เนื้องอกชนิดนี้พบน้อยมากในสหรัฐอเมริกา, โรซาน ได้ศึกษาเปรียบเทียบกับมะเร็งที่พบในโรงพยาบาลนิวยอร์ก เจเนอรัล. ปรากฏว่าไม่พบเนื้องอกชนิดนี้แม้แต่รายเดียวในระยะเวลา มากกว่า ๒๕ ปี.

Hertig และ Mansell<sup>(3)</sup> กล่าวว่า โชม์โฮคาร์ซิโนมา พบได้ยาก.

วิทอร์ โฮสตันท์<sup>(4)</sup> ได้ศึกษาเนื้องอกชนิดนี้ในแง่สถิติจากผู้ช่วยที่รับไว้ในแผนกสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๘๖ ถึง ๒๔๙๘, โดยวินิจฉัยจากเนื้องอกจากมดลูกหรือจากการทำ ไข่อ่อน-ซี่, หรือจากเนื้องอกที่ผ่าตัดออกมา,

หรือจากการตรวจศพ, รวมได้ ๑๐๖ ราย.

โดยที่ โชม์โฮคาร์ซิโนมา พบมากในบ้านเรา, การศึกษาจากการตรวจศพ จำนวนมากน่าจะให้ประโยชน์, ดังนั้นจึงเห็นเป็นการสมควรจะรายงานเนื้องอกชนิดนี้จากการตรวจศพ ๔๕ ราย.

### วิธีศึกษา

ศึกษาจากศพที่ตรวจในแผนกพยาธิวิทยา, ศิริราชพยาบาล, ในระยะเวลา ๑๐ ปี, ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๘๗ ถึง ๒๕๐๖, จำนวน ๘,๐๐๕ ราย. ในจำนวนนี้พบว่าเป็นเนื้องอกชนิดร้าย ๑,๕๒๕ ราย, เท่ากับ ๑๙ ๒๕.

ในจำนวนเนื้องอก ๑,๕๒๕ รายนี้ พบว่าเป็น โชม์โฮคาร์ซิโนมา ๔๕ ราย, เท่ากับ ๒.๙๕ ๒๕. ของเนื้องอกชนิดร้ายทั้งหมด.

ผู้รายงานศึกษา โชม์โฮคาร์ซิโนมา ของมดลูก ๔๕ รายนี้ ในแง่ผ่ารักษาและแง่พยาธิวิทยา, โดยเฉพาะเรื่องการแพร่กระจาย. ส่วน โชม์โฮคาร์ซิโนมา นอกมดลูกไม่รวมอยู่ในการศึกษานี้.

ผล  
ในการตรวจศพรายที่เป็น โชม์โรคาร์-  
ซิโนมา ของมดลูกทุกปีได้จำนวนแตก  
ต่างกันคือตั้งแต่ปีละ ๑ รายจนถึง ๘ ราย.  
เมื่อคิดเป็นเปอร์เซ็นต์ของการตรวจศพแต่  
ละปี, ได้ ๐.๑๘ ถึง ๐.๘๑ ๒๒.  
(ตารางที่ ๑) ในเวลา รวม ๑๐ ปีพบ  
โชม์โรคาร์ซิโนมา ๔๕ รายจากการ  
ตรวจศพทั้งหมด ๘,๐๐๙ ราย, หรือ  
เท่ากับ ๐.๕๖ ๒๒.

ตารางที่ ๑

Incidence of Choriocarcinoma of the Uterus in the Autopsy Population at the Siriraj Hospital

Years	No. of Autopsies	Choriocarcinoma	Incidence per cent
1954	471	1	0.21
1955	657	4	0.61
1956	694	2	0.29
1957	679	5	0.74
1958	785	4	0.51
1959	881	8	0.91
1960	896	5	0.56
1961	858	6	0.70
1962	1,090	2	0.18
1963	998	8	0.80
10 years	8,009	45	0.56

สำหรับอายุของผู้ป่วยพบว่าต่ำที่สุด  
๒๑ ปี, สูงที่สุด ๗๖ ปี, เฉลี่ย ๓๔ ปี,  
ทั้งนี้โดยคิดเฉลี่ยจากผู้ป่วย ๔๔ รายเนื่อง  
จากอีก ๑ รายไม่ทราบอายุ.

ส่วนใหญ (๑๘ ราย) อยู่ในระหว่าง  
อายุ ๓๐ ถึง ๓๕ ปี. รองลงมา (๑๖

ราย) อยู่ระหว่างอายุ ๒๐ ถึง ๒๕ ปี. ๘  
รายอยู่ระหว่างอายุ ๔๐ ถึง ๔๕ ปี. นอก  
นั้น ๑ รายอยู่ในอายุ ๕๐ ถึง ๕๕, ๗๐  
ถึง ๗๕ และไม่ทราบอายุ (ตารางที่ ๒).  
ในจำนวน ๔๕ รายนี้เป็นคนไทย ๔๑  
ราย, จีน ๔ ราย.

## สารศึรราช

## ตารางที่ ๒

## Age and Race Incidence

Age group	Thai	Chinese	Total
20-29	15	1	16
30-39	15	3	18
40-49	8	—	8
50-59	1	—	1
60-69	—	—	—
70-79	1	—	1
Unknown	1	—	1
Total	41	4	45

## ตารางที่ ๓

## Metastases of 44 Consecutive Autopsied Cases of Choriocarcinoma of the Uterus

Site of metastasis	No. with metastases	Per cent
Lung	42	95.5
Brain*	16	48.5
Liver	13	29.6
Kidney	12	27.3
Spleen	5	11.4
Intestine	5	11.4
Pancreas	3	6.8
Abdominal nodes	3	6.8
Mediastinal nodes	3	6.8
Iliac nodes	2	4.5
Ovary	2	4.5
Pelvic nodes	1	2.3
Adrenal	1	2.3
Cecum	1	2.3
Rectum	1	2.3
Peritoneum	1	2.3
Vagina	1	2.3
Gum	1	2.3

(\* These figures are based on thirty-three examinations of the brain.)

จากการตรวจศพ ๔๕ รายนั้นพบว่ามี การแพร่กระจายทุกราย, แม้ว่า ๑ ราย มีการตรวจเฉพาะ สมอง เท่านั้น พบการแพร่กระจายที่สมอง. ฉะนั้นการแพร่กระจายจึงพบ ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์.

เมื่อแยกเอา ๑ รายที่มีการตรวจเฉพาะ สมองออก, เหลือ ๔๔ ราย, พบการแพร่กระจายไปยังอวัยวะหรือตำแหน่งต่างๆ ของร่างกายน้อยมากน้อยเรียงตามลำดับ, ดังแสดงในตารางที่ ๓. เปอร์เซ็นต์ของอุบัติการณ์เทียบจำนวน ๔๔ ราย, ยกเว้น รายสมอง, คิดเปอร์เซ็นต์จาก ๓๓ ราย เฉพาะที่มีการตรวจสมอง, เพราะในการตรวจศพไม่ได้ตรวจสมองทุกราย.

### วิจารณ์

เนองอก โชมวิโศคาร์ซีโนมา พบมาก ในหญิงใน อาเซีย ซึ่งรวมทั้ง ประเทศไทย. สำหรับอุบัติการณ์, จากตัวเลขของ วิทร โอสถานนท์<sup>(4)</sup> พบเนองอกชนิดนี้ ๑ ราย ต่อการตั้งครรภ์ ๔๘๐ ราย, ต่อการคลอด ๔๒๐ ราย, ต่อการแท้ง ๔๔ ราย, ต่อ การตั้งครรภ์นอกมดลูก ๑๑ ราย, และ ต่อการตั้งครรภ์ไขปลาคอก (โมลาร์ เปร์ก-แนนซี) ๔.๖ ราย.

โชมวิโศคาร์ซีโนมา อาจเกิดขึ้นตาม หลังการตั้งครรภ์แบบไหนก็ได้. แต่ ประมาณครึ่งหนึ่งเกิดขึ้นจากครรภ์ไขปลาคอก<sup>(3)</sup>. จากการศึกษาค้นคว้า ๔๕ รายนี้มี ๒๔ รายที่คนประวัติได้ละเอียด, และในจำนวน ๒๔ รายปรากฏว่า ๑๓ ราย (๕๖.๕ เปอร์เซ็นต์) เกิดขึ้นภายหลังครรภ์ไขปลาคอก. เมื่อเปรียบเทียบกับตัวเลขของวิทร โอสถานนท์ ซึ่งพบ ๕๒ เปอร์เซ็นต์. เกิดตามหลังครรภ์ไขปลาคอก, ๒๕ เปอร์เซ็นต์. เกิดตามหลังการแท้ง และ ๒๓ เปอร์เซ็นต์. เกิดตามหลังการคลอดปกติ, นับว่าไม่แตกต่างกันมาก.

การศึกษารายการแพร่กระจายของ เนองอกชนิดนี้ควรวินิจฉัยที่เหมาะสมศึกษาจาก การตรวจศพ, เช่นเดียวกับการศึกษาการแพร่กระจายของ โชมวิโศคาร์ซีโนมา จาก การตรวจศพ ๔๕ รายนี้. ผลที่ได้แสดงว่าไปทัพออก ๕๕.๕ เปอร์เซ็นต์, ซึ่งนับว่าสูงมาก, เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Park และ Lees<sup>(5)</sup>. ซึ่งพบไปทัพออกเพียง ๖๐ เปอร์เซ็นต์. แต่ Hertig และ Mansell<sup>(3)</sup> กล่าวว่าพบไปทัพออกระหว่าง ๕๐ ถึง ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์.

การแพร่กระจายไปที่ สมอง ๕๘.๕ เปอร์เซ็นต์. ในการศึกษาที่น่าเชื่อถือเมื่อเทียบกับ ๑๗ เปอร์เซ็นต์. ของ Park และ Lees เช่นเดียวกับ

กันเราพบไปงอกที่ตับ ๓๐ ปช., ที่ไต ๒๗ ปช., ซึ่งสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ ๑๖ ปช. และ ๑๓ ปช. ตามลำดับของ Park และ Lees.

จำนวนที่ไปงอกที่ม้าม, ลำไส้, รังไข่, พอ ๆ กับตัวเลขของ Park และ Lees. อวัยวะที่พบว่ามีมะเร็งชนิดนี้แพร่กระจายไปงอกน้อยกว่าของ Park และ Lees มากคือช่องคลอด. ในการศึกษานพบ ๒.๓ ปช. ในเมื่อของเขาพบถึง ๔๐ ปช. เรืองนี้จะต้องศึกษากันต่อไปอีก. แต่ตัวเลขของวิฑูร โอสถานนท์ แสดงว่าไปที่ช่องคลอด ๓๕ ปช.

ตำแหน่งที่ ไทรโอดีคาร์ซิโนมาไปงอกโดยไม่ค่อยพบข้อยคือที่เหงือก, พบ ๑ ราย.

ผลที่ได้จากการศึกษาเรื่อง การแพร่กระจายของ ไทรโอดีคาร์ซิโนมา ครึ่งนี้ทำให้ต้องนึกถึงอยู่เสมอว่าถ้าผู้ช่วยเป็นเพศหญิง, มีเนื้องอกมางอกที่ปอด, สมอง, ตับ, หรือไต, อาจมีแหล่งเริ่มต้น (ไปรมารีย์) มาจาก ไทรโอดีคาร์ซิโนมา ของมดลูก. แม้แต่ที่ปอดพบเช่นก้อนโตก้อนเดียว, ก็อาจเป็นเนื้องอกชนิดนี้แพร่มาจากมดลูกได้. (6)

### สรุป

ได้ศึกษาเนื้องอก ไทรโอดีคาร์ซิโนมาของมดลูกจากการตรวจศพ ๔๕ ราย. จำนวนที่เท่ากับ ๐.๕๖ ปช. ของการตรวจศพทั้งหมด, และเท่ากับ ๒.๕๕ ปช. ของเนื้องอกชนิดร้ายทั้งหมด, นับว่าเนื้องอกชนิดนี้พบมากในประเทศไทย.

พบในคนอายุต่ำกว่า ๒๑ ปี, สูงสุด ๗๖ ปี, อายุเฉลี่ย ๓๔ ปี. เป็นคนไทย ๔๑ ราย, จีน ๔ ราย.

มีการแพร่กระจายทุกราย. ส่วนมากไปงอกที่ปอด (๕๕.๕ ปช.) รองลงไปที่สมอง (๔๘.๕ ปช.). ไปงอกที่ตับ ๒๘.๖ ปช., ที่ไต ๒๗.๓ ปช., ที่ม้ามและลำไส้แห้งละ ๑๑.๔ ปช. อวัยวะนอกนั้นพบน้อยกว่า ๑๐ ปช., มี ๑ รายไปที่เหงือก.

### เอกสาร :

1. Piyaratn, P.: Relative Incidence of Malignant Neoplasms in Thailand. Cancer 1959, 12:693.
2. Rosahn, P.D.: Geographic Pathology of Cancer in the Orient with Particular Reference to Thailand. Internat. Path. 1963, 4:29.
3. Hertig, A.T., and H. Mansell: Tumors of the Female Sex Organs, Part I., Hydatidiform Mole and Choriocarcinoma. In Atlas of Tumor Pathology,

Washington, D.C., 1956, Armed Forces Institute of Pathology.

4. Osathanondh, V.: Chorio-epithelioma. A Statistical Study. Siriraj Hosp. Gaz. 1959, 11:1. (With English Summary).

5. Park, W.W., and J.C. Lees:

Choriocarcinoma. A General Review, with an Analysis of Five Hundred and Sixteen Cases. Arch. Path. 1950, 49:205.

6. Bovornkitti, S., K. Chatikavanich, and T. Stitnimankarn: Roentgenogram of the Month. Dis. Chest 1964, 45:330.

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. โปรดเขียนชื่อและนามสกุลให้ชัดเจน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารคดีราช
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

(Summary of the preceding Article)

CHORIOCARCINOMA\*  
AN ANALYSIS OF 45 AUTOPSIED CASES

Tinrat Stitnimankarn, M.D., F.I.C.S. (Path.)  
(Department of Pathology)  
(Head of Dept.: Professor Dr. Pradit Tansurat)

---

Malignancy of the chorion is a prominent carcinoma in Thai women. Among 8,009 necropsies performed during the years 1954 to 1963 in the Dept. of Pathology, Siriraj Hospital, 45 cases of choriocarcinoma of the uterus were found, with an overall incidence of 0.56 per cent. The disease occurred predominantly in the age group 20 to 49, with a peak in the fourth decade. There were 41 Thai women and 4 Chinese. 46.4 per cent of the tumours followed molar pregnancies.

Of the 44 patients who had complete post-mortem examinations, 42 (95.5 per cent) showed pulmonary metastases. Incidence of metastasis to the brain, the liver, the kidney, the spleen and the intestine was 48.5, 29.6, 27.3, 11.4, and 11.4 per cent respectively. Metastases to other sites were less than ten per cent. One case had metastasis to the gum, which is an unusual site.

(Three tables. Six references)

(T.S.)

---

\* Reported at the Annual Meeting of International Academy of Pathology, Thailand Chapter, 12th Feb. 1965, at the Institute of Pathology, Phra Mongkut-Klao Hospital, Bangkok.

---

พยาธิวิทยาของ เล็ปโตสไปโรสิส  
ปรากฏในเนื้อตับเจาะไตด้วยเข็ม\*

ณัฐ ภมรประวัตติ พ.บ., D.Sc. Med. (Penn.), Dipl. Amer. Bd. Path.

วิจิตร บุญพรคนาวิก พ.บ.

(แผนกพยาธิวิทยา)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ น.พ. ประดิษฐ์ ตันสุรรัต)

นิภา จรูญเวสมี พ.บ., ป.อ.ร.ส.

(แผนกอายุรศาสตร์)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ น.พ. จิตต์ ตูจินดา)

दनัย บุนนาค M.R.C.S. (Eng.), L.R.C.P. (Lond.), D.T.M. & H. (Lond.)

(คณะอายุรศาสตร์เขตร้อน)

(คณบดี : ศาสตราจารย์ น.พ. จำลอง หะรินสุต)

โรค เล็ปโตสไปโรสิส เป็นโรคที่พบได้บ่อยครั้งในผู้ช่วยที่อยู่ในภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย. (1, 2) ในผู้ช่วยด้วยโรคนี้ที่มีอาการไข้และศีรษะ อาจประสบบัญหาในการวินิจฉัยแยกโรคจากโรคที่อื่นอีกเสียบจากเชื้อ ไวรส์. เท่าที่ได้มีผู้ทำการศึกษาและรายงานไว้, ความรู้ทางพยาธิวิทยาของตับในโรคนี้เป็นผลจากการศึกษาผู้ช่วยที่ตาย และได้รับการตรวจศพทั้งสิ้น. (3)

เรื่องย่อ. ภมรประวัตติ, ณัฐ, วิจิตร บุญพรคนาวิก, นิภา จรูญเวสมี, ดนัย บุนนาค : พยาธิวิทยาของ เล็ปโตสไปโรสิส ปรากฏในเนื้อตับเจาะไตด้วยเข็ม. สารศิริราช ๒๕๐๘ (ก.ศ. ๑๕๖๕), ๑๗ : ๓๓๓-๓๓๕.

ผู้รายงานได้แสดงผลการศึกษาจุลพยาธิวิทยาในชิ้นเนื้อตับที่เจาะไตด้วยเข็มจากผู้ช่วย ๒๓ ราย ซึ่งการวินิจฉัยบ่งชี้ว่าเป็นโรค เล็ปโตสไปโรสิส. พยาธิสภาพที่พบในตับของผู้ป่วย เหล่านี้มีลักษณะคล้ายคลึงกับพยาธิสภาพในตับของผู้ป่วยเป็นโรค ไวรส์ เฮปาไตติส บางประการ.

\* บรรยายในการประชุมประจำปีของวิทยาลัยพยาธิวิทยานานาชาติสาขาประเทศไทย, ๑๒ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๐๘, ณ สถาบันพยาธิวิทยา, ห้องปฏิบัติการวิจัย ส.ป.อ., ร.พ. พระมงกุฎเกล้า ฯ.

การศึกษาพยาธิวิทยาที่ได้จากการเจาะ  
 คับเอาเนื้อมาตรวจมีรายงานไว้น้อย. (4, 5)  
 คณะผู้รายงานมีความสนใจศึกษาพยาธิ  
 สภาพของ โรคนกคัซของผู้ป่วยที่มีชีวิต  
 อยู่ในระยะต่าง ๆ กันเพื่อนำข้อมูล  
 ต่าง ๆ มาส่งเสริมหรือลบล้างสมมติฐาน  
 เดิมที่เกี่ยวกับพยาธิกำเนิดของโรค เล็ป-  
 โทสไปโรสิส. รายงานต่อไปนี้เป็นผลการ  
 ศึกษาเบื้องต้นอย่างย่อ, โดยมีมุ่งกล่าวถึง  
 เฉพาะจุลพยาธิสภาพของโรคนกคัซแต่อย่าง  
 เดียว. ส่วนผลการศึกษาความสัมพันธ์  
 ระหว่างจุลพยาธิสภาพกับการเปลี่ยนแปลง  
 ทางชีวเคมีของคัซ จะได้นำเสนอโดย  
 ละเอียดต่อไป.

### วิธีการศึกษา

ผู้รายงานได้ทำการศึกษาจุลพยาธิ  
 วิทยาในชั้นเนื้อคัซที่ได้จากการเจาะด้วย  
 เข็มจากผู้ป่วยจำนวน ๒๓ ราย. ทุกราย  
 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค เล็ปโทสไป-  
 โรสิส โดยวิธีเพาะเชื้อในเลือด, โดย  
 เลียงเชอบนอาหารที่ทำขึ้น, ฉีคัสตัวทด  
 ลอง, หรือโดยการศึกษาภูมิคุ้มกันในน้ำ  
 เหลือง, ได้ผลบ่งชี้โดยวิธีใดวิธีหนึ่งหรือ  
 ร่วมกันหลายวิธี. ผู้ป่วยในรายงานนี้เป็นผู้

ป่วยของโรงพยาบาลศิริราช และโรงพยา-  
 บาลของคณะอาจารย์แพทย์อื่น. การ  
 วินิจฉัยโรคทางจุลชีววิทยาทำที่ห้องปฏิบัติ  
 การ เล็ปโทสไปโรสิส ของคณะอาจารย์  
 แพทย์อื่น และใช้หลักการแปลผล  
 ตามที่ได้รายงานไปแล้ว. (1, 2) ผลการ  
 ศึกษาทางคลินิกและจุลชีววิทยาของผู้ป่วย  
 ชุดนี้จะมีรายงานโดยละเอียดอีกรายงาน  
 หนึ่ง. (6) ชั้นเนื้อคัซที่เจาะได้นำมาแช่น้ำ  
 ยาฟอร์มาลิน ๑๐ ปช., ผึ่งใน พาร์ฟีน,  
 ย้อมด้วยสี อิมมูโนฟลูออเรสเซนซ์ และสี  
 ย้อมพิเศษหลายชนิด, คือ Perl's stain,  
 PAS, และ reticulum stain.

### ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่นำมาทำการศึกษามีจำนวนรวม  
 ทั้งหมด ๒๓ คน. เป็นชาย ๑๔ คน, หญิง ๕  
 คน, อายุระหว่าง ๑๗ ถึง ๕๐ ปี. ได้  
 เจาะคัซในระยะต่าง ๆ ของโรค, คือภายใน  
 สัปดาห์แรกหลังจากเริ่มมีอาการ ๔ ราย,  
 สัปดาห์ที่สอง ๖ ราย, สัปดาห์ที่สาม ๓  
 ราย, สัปดาห์ที่สี่ ๒ ราย, และไม่ทราบ  
 ระยะเวลาแน่นอน ๗ ราย. ชนิดของเชื้อ  
 เล็ปโทสไปโรสิส ในผู้ป่วยชุดนี้คือเป็นชนิด  
 L. bataviae ๑๗ ราย (ชาย ๑๒ หญิง

๕), *L. canicola* ๓ วิทย, *L. javanica* ๒ วิทย และ *L. pyrogenes* ๑ วิทย. ผู้ช่วยทีมเชอพวกหลัง ๓ ชนิกคนเป็นชายทั้งสิ้น. การเลือกผู้ช่วยและระยะของโรคที่ทำการเจาะไม่ได้ดำเนินการไปตามหลักของ "การสุ่มตัวอย่าง" โดยแท้จริง, แต่ขึ้นอยู่กับความตั้งใจของแพทย์ว่าควรเจาะได้โดยผู้ช่วยปลอดกภัยพอสมควร, และขึ้นอยู่กับความยินยอมของผู้ช่วย.

ทางจุลพยาธิวิทยาได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของ เซลล์ คับ, เซลล์ คุปฟ์เฟออร์, บริเวณ ปรอทล์, ฮีโมสเทอริน และสาร์ดีไลโปโซม, โดยให้คะแนนความรุนแรงของการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยา ดังกล่าวด้วย. พยาธิสภาพที่พบในเนื้อคับ ๒๓ วิทย อาจสรุปได้โดยย่อ, ดังนี้:—

เซลล์ คับ. การเปลี่ยนแปลงใน เซลล์ คับ ในโรคนี้มีได้หลายแบบ, เช่น เซลล์ คับ อาจมีขนาดของ เซลล์ แตกต่างกันไปมากกว่าธรรมดา, มี ไมโทสีส และจำนวนของ เซลล์ ที่มี นเคลียส ๒ หรือ ๓ เพิ่มขึ้น. การเปลี่ยนแปลงแบบที่วานท์ไม่สู้รุนแรงนัก (1+) พบได้ใน ๑๖ วิทยจาก ๒๓ วิทย, ที่รุนแรงปานกลาง (2+) พบได้ใน

๗ วิทยจาก ๒๓ วิทย. ที่รุนแรงมาก (3+), ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงขนาดที่มักพบในตัวของผู้ช่วยที่เป็นโรค ไวรัล เฮปาไตติส, ไม่พบในผู้ช่วยชคนเลย. การเปลี่ยนแปลงอย่างอื่นของ เซลล์ ที่อาจพบได้แต่ไม่รุนแรงมาก, คือ นีโครสิส ของ เซลล์ คับ เป็นๆ เป็นๆ เป็นหย่อมเล็ก, หย่อมละ ๒-๓ ตัว และมีเม็ดเลือดขาว โปลีมอร์โฟ-นเคลียร์ มาล้อมรอบ เซลล์ ที่กำลังจะตายด้วย. นอกจากนั้นยังมี เซลล์ คับที่แปรรูปเป็นก้อน ฮัยอะลิน ลอยอยู่ในไซนซอຍคัของคับ. รูปร่างของก้อน ฮัยอะลิน คล้ายกับ เซลล์ อะซิโทฟิล ที่พบในโรค ไวรัล เฮปาไตติส, แต่จำนวน เซลล์ อะซิโทฟิล ที่พบนั้นน้อยมาก. ทั้ง เซลล์ คับ อาจพบได้เพียง ๑ - ๒ ตัวเท่านั้น.

เซลล์ คุปฟ์เฟออร์. การเปลี่ยนแปลงของ เซลล์ ชนิกคนพบคือ เซลล์ มีขนาดใหญ่ขึ้น, ไซโทพลาสซึม ย่อมคืดคืดผสมพจก. จำนวน เซลล์ คุปฟ์เฟออร์ และ เซลล์ บุไซนซอຍคั และการแสดง ไมโทสีส ของจำนวน เซลล์ ชนิกคนเพิ่มมากขึ้น. เซลล์ คุปฟ์เฟออร์ บางตัวแสดง ฟาโกไซโทสิส โดยกินเม็ดเลือดแดงและ ลิยม-

โพซัยต์ ไวใน ซัยโทพลาสซึม. ในส่วน  
ของ โลบล ของตับอาจพบว่ามี อะซิโคฟี-  
ลิก นิโครลิส ของ เซลล์ คัพเฟอร์ เป็น  
หย่อม. การเปลี่ยนแปลงของ เซลล์ นี้ที่  
ไม่รุนแรงมาก (1+) พบใน ๑๓ ราย, รุน  
แรงปานกลาง (2+) พบใน ๕ ราย, และ  
รุนแรงมาก (3+) พบ ๑ ราย, เป็นชนิด  
*L. canicola*.

บริเวณ ปอร์ทัล. ใน ๕ รายพบว่าบริเวณ  
ปอร์ทัล มีการแทรกซึมด้วย เซลล์ ซึ่งเป็น  
พวก โมโนเนเคลียร์ เป็นส่วนมาก. อาจมี  
อีโอสิโนฟิล และ โพลีมอร์โฟเนเคลียร์  
ลิวโคซัยต์ จำนวนน้อยปนอยู่ด้วย. ไม่พบ  
การเปลี่ยนแปลงของท่อน้ำค้ำใหญ่ๆ, ค้อน-  
เน็คคัพฟว่ ทิสซุ และ เปอริโลบลาร์ คัทที่  
เลย.

การค้ำของน้ำค้ำ (โซลิสเตลิส). เราพบ  
ภาวะน้ำค้ำคั่งในตับของผู้ป่วยชคนทกราย,  
โดยเห็นเป็น ธรอมบัส สีเขียวไข่มุกใน  
หลอดฝอย (แคแนลคิล) น้ำค้ำหรือเป็น  
หยดสีเขียวไข่มุกเช่นกันใน ซัยโทพลาสซึม  
ของ เซลล์ คัพ บางตัวที่อยู่ใกล้หลอดเลือด  
ค้ำกลาง (เซ็นทรัล) หรืออาจอยู่โดยไม่มี  
ความสัมพันธ์กับส่วนใด ของ กลีบย่อยๆ

(โบล) เลยก้ได้ (โพคัล โซลิสเตลิส).  
ไม่พบว่าการคั่งของน้ำค้ำคั่งกล่าวรุนแรงถึง  
ขนาดเป็น “ทะเลน้ำค้ำ” (bile lake) หรือ  
“แกรนโลมาน้ำค้ำ” (bile granuloma)  
และไม่พบว่า เซลล์ คัพที่อยู่สัมพันธ์กับ  
บริเวณ ที่มี การคั่ง ของ น้ำค้ำมี ภาวะ เสื่อม  
สภาพ (ดีเจเนอเรชั่น) ร่วมด้วย.

สารสี ไลโปโซรม. ในผู้ป่วย ๑๖ ราย  
จาก ๒๓ รายมีสารสี ไลโปโซรม เพิ่ม  
มากกว่าธรรมดา, เมื่อเปรียบเทียบกับ  
เซ็คชัน ของตับคนไทยในอายุใกล้เคียง  
กัน. สารสีที่เห็นมีลักษณะ เป็น เม็ด  
หยาย, สีน้ำตาลแกมส้มคิตสี “แอสติ  
ฟาสต์” เล็กน้อยเมื่อย้อมโดยใช้เวลานาน  
กว่าการย้อมเพื่อแสดง แอสติฟาสต์ ยา-  
ซิลไล. สารสี ไลโปโซรม พบมากใน  
เซลล์ คัพและ แกรนบูล มักจะจับกลุ่มอยู่  
รอบหลอดฝอยน้ำค้ำ. ในรายที่เจาะตับใน  
สัปดาห์แรกไม่พบสารสีใน เซลล์ คัพฟ-  
เฟอร์, แต่ในรายที่เจาะในระยะหลังอาจพบ  
ได้แต่ในปริมาณน้อยเมื่อเทียบกับตับของผู้  
ป่วยที่เป็น ไวรัล เฮปาไตติส.

ฮีโมสดีเคอริน. ใน ๑๐ รายจาก ๒๓ รายพบ  
ฮีโมสดีเคอริน ใน เซลล์ คัพเฟอร์ โดย

เห็นเป็นเม็ดเล็กสีน้ำตาลใน เซลล์ชั้น ภายนอก  
ด้วย Perl's stain. มี ๒ ร่ายพบ ฮีโมลิ-  
เคอริน ใน เซลล์ ชั้น ภาย, แต่จำนวนน้อย.  
บางรายอาจพบว่า ซัยโทพลาสต์ ของ เซลล์  
คัพฟีเฟอร์ ย้อมติดสีน้ำตาลของ เพอร์ลล์  
สีเทา เช่นเนื้อเดียว (Homogeneous) แทน  
ที่จะเป็นเม็ด. ชวนให้คิดว่าสีน้ำตาลย้อมติด  
น่าจะเป็น เพอร์ริทิน ที่อมตัวด้วยของ  
เหล็ก, แต่ยังไม่ตกผลึกเป็น ฮีโมลิเคอริน  
ก็ได้.

ความสัมพันธ์ ระหว่าง ระยะ โรคกับพยาธิ  
สภาพที่พบ. เราได้พบว่า โชมัลสเคิลส์ เป็น  
พยาธิสภาพที่พบได้ในทุกรายและทุกระยะ  
ของโรค, แม้ในผู้ป่วยรายหนึ่งซึ่งเจาะใน  
วันที่ ๕๐ ของโรคและอาการทั่วไปดีขึ้น  
มากแล้วก็ตาม. การเปลี่ยนแปลงของ  
เซลล์ คัพฟีเฟอร์ และ เซลล์ ชั้น ภายมากใน  
ระยะ ๑-๒ สัปดาห์แรก. หลังจากนั้นการ  
เปลี่ยนแปลงของชั้น ภาย และ เซลล์ คัพฟีเฟอร์  
จะน้อยลงหรือคนเข้าสู่สภาพปรกติ. การ  
มี เซลล์ แทรกซึมที่บริเวณ ปอร์ทัล อาจ  
คงอยู่ได้จนถึง ๕ สัปดาห์หลังจากที่เริ่ม  
เป็นโรค.

ชนิดของ เล็ปโตสไปรา กับพยาธิสภาพ.

ได้กล่าวในตอนแรกแล้วว่าผู้ป่วยที่ถูกเจาะ  
ด้วยเข็มมีได้เป็น "ตัวอย่างสุ่ม" โดย  
แท้จริงของผู้ป่วยโรคนี้ทั้งหมด, หากมี  
ความโน้มเอียงในทางที่แพทย์เลือกเจาะ  
ผู้ป่วยซึ่งอาการและผลการตรวจทางห้อง  
ปฏิบัติการไม่รุนแรงถึงขนาดที่การเจาะด้วย  
จะเป็นอันตรายหากมีอุบัติเหตุเกิดขึ้น, และ  
ผู้ป่วยต้องให้ความยินยอมด้วย. นอก  
จากนี้ในผู้ป่วยทุกคนมีจำนวนที่เกิดจากเชื้อ  
*L. bataviae* มากกว่าชนิดอื่นมาก. ฉะนั้น  
การแปลผลพยาธิสภาพเห็นกับชนิดของ  
เชื้อ เล็ปโตสไปโรสิส อาจยังไม่แน่นอน  
นัก, คงต้องการจำนวนผู้ป่วยที่ทำการ  
ศึกษาโดยวิธีนี้อีกมากจึงจะสรุปผลได้.  
ในผู้ป่วยทุกคนอาจกล่าวได้ว่าผู้ที่เป็น เล็ป-  
โตสไปโรสิส จากเชื้อ *L. bataviae* มี  
พยาธิสภาพชนิด โชมัลสเคิลส์ เป็นเรื่อง  
สำคัญ, มีการเปลี่ยนแปลงใน เซลล์ ชั้น ภาย,  
เซลล์ คัพฟีเฟอร์ และการอักเสบเล็กน้อยเมื่อ  
คิดจากจำนวนผู้ป่วยทั้งสี่หรือเมื่อเปรียบ  
เทียบกับพวกที่เกิดจากเชื้อ *L. canicola*  
และ *L. javanica*. สองชนิดหลังนี้ทำให้มี  
โพลีพลอยดี้ (Polyploidy) นี้โครโมโซม

ของ เซลล์ ตับในความรุนแรงคล้ายคลึงกับพยาธิสภาพที่พบใน ไวรัด เฮปาไตติส.

อภิปรายและสรุป

อ้างกล่าวได้ว่าพยาธิสภาพที่พบในตับของผู้ป่วยที่เป็นโรค เล็ปโตสไปโรสิส ซึ่งศึกษาจากชิ้นเนื้อที่ได้จากการเจาะตับมีลักษณะคล้ายคลึงกับพยาธิสภาพในตับของผู้ป่วยที่เป็นโรค ไวรัด เฮปาไตติส บางประการ. กล่าวคือมี "unrest, polyploidy and focal necrosis of liver cells". บางครั้งอาจพบ เซลล์ อะซิโตฟิลิก ได้. เซลล์ คัพเฟอร์ จะมี ฟาโกไซโตสิสเพิ่มมากขึ้น. การขับน้ำคอกจาก เซลล์ ตับอาจมีความบกพร่องจากสาเหตุบางประการซึ่งยังอธิบายไม่ได้เพราะ พยาธิมานาคึ่งเป็นหยดหรือเป็น อีโอมบัส. นอกจากนี้บางรายอาจพบ เซลล์ แสคกการอกเสบไปแทรกอยู่ในบริเวณ ปอร์ทัล หรือรอบ เซลล์ ตับที่ตายแล้ว. ในรายที่เจาะตับในระยะหลังพบสารดี ไลโปโชมม คัวย. การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ดังกล่าวแล้วเป็นสิ่งที่อาจพบได้ในตับของผู้เป็น ไวรัด เฮปาไตติส ได้ทั้งสิ้นแม้ว่าความมากมายของ นิโครสิส ของ เซลล์, เซลล์ อะซิโตฟิลิก

ไปลีย์ปลอชยคีย์ และ unrest ของ เซลล์ ตับ จะรุนแรงน้อยกว่าใน ไวรัด เฮปาไตติส ก็ตาม.

ในแง่กำเนิดพยาธิของโรค เล็ปโตสไปโรสิส ในด้านที่เกี่ยวกับตับนั้นมึสิ่งที่น่าสนใจจากการศึกษาหลายอย่าง. การเปลี่ยนแปลงของ เซลล์ ตับและ เซลล์ ชนิดอื่นในตับซึ่งกระจายทั่วทุกกลีบย่อย ๆ ชวนให้คิดว่าพยาธิสภาพอาจเกิดจาก (๑) ตัวเชื้อ เล็ปโตสไปรา เจริญในตับจำนวนมากมายและทำให้เกิดโรคโดยกรรมวิธีทาง เมแกนิกัล หรือ ฟิสโคเมมิคัล บางประการ, หรือ (๒) จากสารพิษของเชื้อโรคนี้ไปทำอันตรายต่อ เซลล์ โดยตรง. สำหรับข้อสันนิษฐานแรกอาจตัดสินหรือเชียวาก, เพราะได้มีผู้พยายามย้อมแสคกเซอโรคชนิดนี้ในเนื้อตับแต่ไม่ได้ผลในมารายรายด้วยกัน. การย้อมแสคกเซอที่ไตได้เชียว่อยครั้งและง่ายกว่า. อาจจำเป็นต้องพยายามแสคกว่ามี แอนติเจน อยู่ในเนื้อตับด้วยวิธีอื่น, เช่น อิมมูโนฟลูออโรสโคปี เป็นต้น. สำหรับสารพิษของเชื้อ เล็ปโตสไปรา นั้นได้เคยมีผู้แยกออกมาได้จากเชื้อบางสาย, และกล่าวว่ามีฤทธิ์ทางทำให้มี อีโมลียสิส เพิ่มขึ้น (7) ซึ่ง

อาจเป็นกลไกอื่นหนึ่งทอดขยายการพบ บิลิ-  
 รบิน ชนิด "อินคอนจเกต" ใน เซรุ่ม ของ  
 ผู้ป่วยและการพบ ฮีโมลิเทอริน ในตับของ  
 ผู้ป่วยบางราย, การทมน้ำคั่งอยู่ใน เซลล์  
 ตับหรือหลอดฝอยน้ำคั่งเล็ก ๆ ใด่มาก,  
 โดยมี นิโครลิส ของ เซลล์ เพียงเล็กน้อย  
 ชวนให้คิดว่าสารพิษของ เลย์โอสไปรา  
 คงจะออกฤทธิ์ที่โครงสร้าง ส่วนเหนือ  
 (ultrastructure) ซึ่งเกี่ยวข้องกับ การขับ  
 คอนจเกตต์ บิลิรบิน ออกจาก เซลล์ หรือ  
 เกี่ยวข้อง กับ โครงสร้าง ตับ พลังงานเช่น  
 ไมโทคอนเดรีย. ในผู้ป่วยบางรายซึ่งกล่าว  
 นี้ในตอนแรกแล้วว่าอาจมีปริมาณของ อิน-  
 ไโครเรคต์ บิลิรบิน เพิ่มขึ้น, นอกจากจะเป็น  
 ผลจากการทมิ ฮีโมลิซีส แล้วกลไกการ  
 ขนส่งผ่านเยื่อหุ้มตับ ไมโครวิลไล ก็อาจ  
 เสียไปด้วย, ทำให้ บิลิรบิน ผ่านเข้า เซลล์  
 ตับไม่ได้หรือผ่านได้แต่้นน้อยกว่าธรรมดา,  
 จึงทำให้ระดับ "อินคอนจเกต บิลิรบิน" ใน  
 เซรุ่ม สูงขึ้น. การทพบสารสี ไลโปโพรตีน  
 มากขึ้นในระยะพ้นจากโรคเป็นเครื่องชี้บ่ง  
 ชี้หนึ่งว่าได้มีการทำลาย เซลล์ ตับใน  
 ระยะที่โรคกำลังดำเนินอยู่, และแสดง  
 ด้ยว่าการเปลี่ยนแปลง (turn over) ของ  
 เซลล์ ตับอาจเป็นไปได้โดยรวดเร็วระยะชวอายุ

ของ เซลล์ ตับสั้นกว่าปกติ. ข้อสังเกต  
 ต่าง ๆ นี้คงต้องการการการศึกษาต่อไป.

ผู้รายงานขอขอบคุณ ศาสตราจารย์  
 แพทย์หญิงตระหนักจิต ทรัพย์สินดี ที่สนับสนุน  
 ให้การศึกษานี้เกิดขึ้น. งานนี้ทำใน  
 ห้องปฏิบัติการ ซึ่งได้รับทุนอุดหนุนจาก  
 สภาวิจัยแห่งชาติและความช่วยเหลือจาก  
 หน่วยวิจัยการแพทย์ขององค์การ ส.ป.อ.

เอกสาร :

1. Charoonruangrit, S., and S. Boon-  
 packnavig: Leptospirosis at Chulalong-  
 korn Hospital. A Report of 54 Cases.  
 J. Med. Ass. Thailand 1964, 47:653.
2. Sundharagiati, B., and C. Hari-  
 nasuta: Studies on Leptospirosis in  
 Thailand. A Review. J. Med. Ass.  
 Thailand 1964, 47:662. (With English  
 summary).
3. Arean, V.M.: The Pathologic  
 Anatomy and Pathogenesis of Fatal  
 Human Leptospirosis (Weil's Disease).  
 Amer. J. Path. 1962, 40:393.
4. Erichson, R.B., and J.L. Dadey:  
 Liver Function and Needle Biopsy  
 Findings in Weil's Disease. N.Y. State  
 J. Med. 1964, 64:1032.
5. Cahill, K.M.: Weil's Disease.  
 N.Y. State J. Med. 1963, 63:1207.
6. Boonnag, D., N. Jaroonvesama,  
 and T. Harinasuta: A Clinical Study  
 of Leptospirosis. A Comparison of  
 Jaundiced and Non-jaundiced Cases. J.  
 Med. Ass. Thailand 1965, 48:231.
7. Arean, V.M.: The Pathogenesis  
 of Leptospirosis: Toxin Production by  
 Leptospira icterohemorrhagea. Amer.  
 J. Vet. Res. 1964, 25:836.

(Summary of the preceding Article)

PATHOLOGY OF LEPTOSPIROSIS SEEN IN NEEDLE BIOPSY  
OF THE LIVER \*

Natth Bhamarapravati, M.B., D.Sc. Med. (Penn.), Dipl. Amer. Bd. Path.

Vijitr Boonpacknavig, M.B.

(Department of Pathology)

(Head of Dept.: Prof. Dr. Pradit Tansurat)

Nipa Jaroonvesama, M.B., D.T.M. & H.

(Department of Internal Medicine)

(Head of Dept.: Prof. Dr. Chitt Tuchinda)

Danai Boonnag, M.R.C.S. (Eng.), L.R.C.P. (Lond.), D.T.M. & H. (Lond.)

(Faculty of Tropical Medicine)

(Dean: Prof. Dr. Chamlong Harinasuta)

---

The authors reported the morphological findings in twenty-three liver biopsies of patients who suffered from leptospirosis. Focal necrosis, unrest and polyploidy of liver cells; proliferation and increased phagocytic activities of Kupffer cells; acidophilic cell formation, mild hemosiderosis, cholestasis;

and infiltration of the periportal areas by inflammatory cells are the common observations in this series. It was concluded that the liver changes in leptospirosis, to a certain extent, resemble those seen in cholestatic type of viral hepatitis.

(Seven references)

---

\* Reported at the Annual Meeting of International Academy of Pathology, Thailand Chapter, 12th Feb. 1965, at the Institute of Pathology, Phra Mongkut-Klao Hospital, Bangkok.

PRELIMINARY OBSERVATIONS IN A STUDY  
OF SMALL BOWEL MUCOSA IN HEPATITIS

Capt. Sylvanus W. Nye,\* Sriwatana Chitchang,\*\*\* Natth Bhamarapravati,\*\*  
Colonel Pranot Bhodhidatta,\*\*\* Major Sompone Punyagupta,\*\*\*  
Major Anothai Yamyim,\*\*\* Major Vichai Sangkasuvan,\*\*\* and  
Major Pipat Juttijudata\*\*\*

The presence of a non-specific lesion in kidneys and marked alterations of the villous structure of the small intestine with granuloma formation in the submucosa in viral hepatitis was reported in a newsletter<sup>(1)</sup> in early 1964 and stimulated our study. A short time later, Astaldi et al.,<sup>(2)</sup> reported marked villous atrophy, infiltration of the lamina propria of the jejunal mucosa by lymphocytes and plasma cells, increase in mucous cells and the formation of structures which were described as pseudocrypts. During recovery, the jejunal mucosa appeared hyperplastic.

Conrad et al.'s<sup>(3, 4)</sup> full report of the study of American servicemen who contracted hepatitis in Korea followed shortly. During the early icteric phase of the disease, they described shortened, clubbed villi, increased numbers of goblet cells and infiltration of the lamina propria by lymphocytes and plasma cells. In cases where a prolonged severe infection was present, the mucosal atrophy progressed to a flattened surface. During the recovery phase, there was variation in the size and shape of

*Abstract. Nye, Sylvanus W., Sriwatana Chitchang, Natth Bhamarapravati, Pranot Bhodhidatta, Sompone Punyagupta, Anothai Yamyim, Vichai Sangkasuvan, Pipat Juttijudate: Preliminary Observations in a Study of Small Bowel Mucosa in Hepatitis. Siriraj Hosp. Gaz. 1965, 17:341-344.*

*Biopsies of jejunal mucosa were performed in 36 patients, whose diagnosis on admission was viral hepatitis. Of the 25 histologically proven cases, 16 showed significant alterations in villous pattern, but were of non-specific-reaction types. Five patients were illustrated in the text.*

villi and aggregates of lymphoid cells were found in the lamina propria surrounded by fibrous tissue and mast cells. From electron microscopic study, Conrad also described bodies in the cytoplasm of the jejunal epithelium which he felt might represent virus particles. Later, Sheehy et al.,<sup>(5)</sup> in a study of a group of patients with various viral diseases, described partial villous atrophy and other changes similar to those already mentioned in the jejunal mucosa in 6 patients with hepatitis.

Studies were begun on 36 patients admitted to the Royal Thai Army

From the Pathology Dept. of the U.S. Army Component of the SEATO Med. Res. Lab., Bangkok\*, Dept. of Pathology of the Faculty of Med. & Siriraj Hosp., Dhonburi,\*\* and Dept. of Medicine & Pathology of the Royal Thai Army Hospital, Bangkok.\*\*\*

Hospital for whom the admitting diagnosis was acute viral hepatitis. From this group of 36 cases, there were 25 acceptable cases with a pathologic diagnosis of viral hepatitis. The group includes one case which developed post-necrotic cirrhosis with continuing activity eventually biopsied on the 164th day of disease and a case of cholestatic hepatitis which was biopsied on the 100th day of disease. Otherwise, liver biopsies were done between the 6th and 58th day of disease, average 27th day, and small bowel biopsies were done between the 5th and 60th day of illness, average 24th day. The specimens were obtained from the liver with Menghini needles and from the jejunum with Crosby capsules at 120 cm from the lips.

All of the biopsies of jejunal mucosa showed some degree of jejunitis. The disease was classified as mild to minimal in 5 cases, moderate in 11 cases and in 9 cases the changes were judged as severe. The most severe jejunitis tended to appear in biopsies obtained earlier in the disease. There did not appear to be any correlation between the degree of intestinal parasitism and the degree of jejunitis. The intestinal parasites encountered were: Hookworm—7 cases, *Endamoeba coli*—2 cases, *Strongyloides*—1 case, *Trichuris*—1 case.

In 16 of the patients, there was a significant alteration in villous pattern as judged by microscopic examination. In 3 cases, there was very marked villous atrophy with flattening and thinning of the mucosa. In 8 cases, the change was felt to be only moderately severe and in 5 cases it was judged to be mild. In 17 of the cases, there was appreciable edema

of the tips of the villi. This change was more apparent in cases where atrophy was less marked. In 18 of the cases, there were increased numbers of goblet cells in the epithelium and in 7 cases, this change was marked. Nodules of lymphoid tissue were present in 10 cases among the 25 cases found acceptable for the study. Among the 11 cases, which were unacceptable for this study for various reasons, there were 7 nodules of lymphoid tissue. Also in 17 cases, biopsies for study of the effects of parasitic infection of the jejunal mucosa, 6 nodules were encountered.

Following are brief accounts of several cases which illustrate increasingly severe mucosal alteration. The liver biopsies in each of these cases showed acute viral hepatitis. The first case illustrates apparently normal Thai mucosa.

Case 34. Nearly normal mucosa was obtained on the 14th day of disease in a 21 year old man with jaundice but no evidence of viral hepatitis on laboratory study or liver biopsy. The mucosa was of approximately normal thickness, (fig. 1). The only abnormalities present were slightly increased numbers of inflammatory cells in the lamina propria with some thickening of the villi and the presence of a large nodule of lymphoid cells containing a germinal center in the lamina propria. This patient did not have intestinal parasites.

Case 29. Only mild alterations were found in the mucosa of a 22 year old man who had been ill for 19 days with jaundice at the time of biopsy. The SGPT was 610 units. This man had infection with hookworm and En-

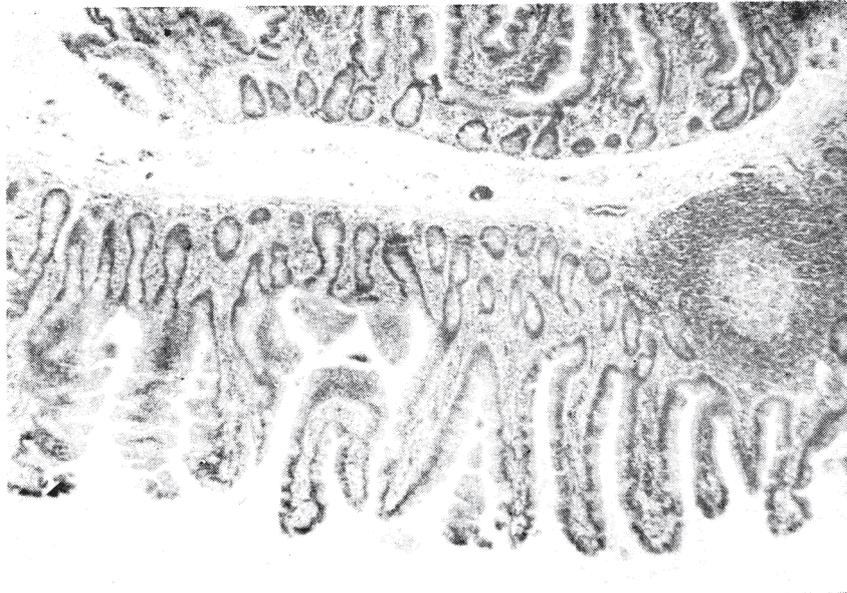


Figure 1. Case 34. The mucosa of this patient who did not have hepatitis is of normal thickness. Notice the nodule of lymphoid tissue. (H & E  $\times$  55).

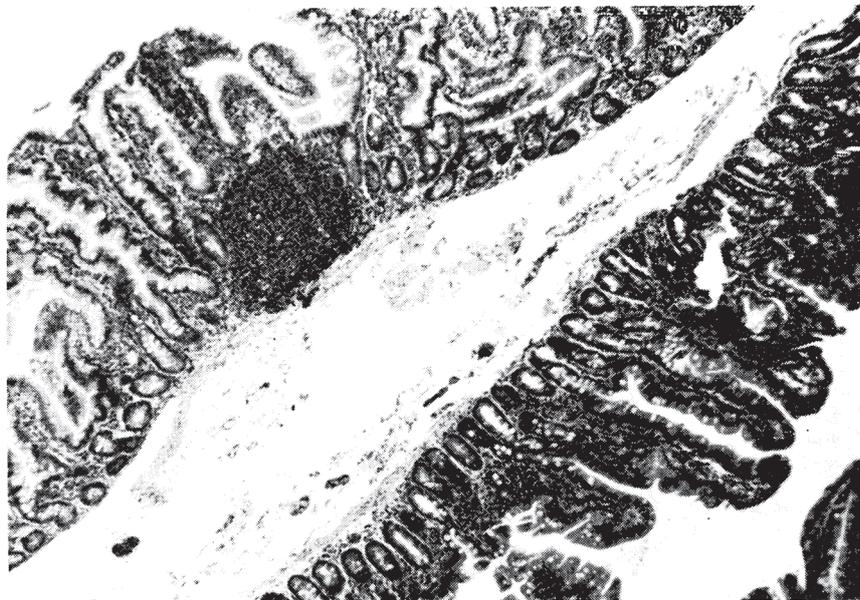


Figure 2. Case 29. Acute hepatitis and hookworm. The mucosa is of normal thickness and contains a collection of lymphocytes. Increased numbers of goblet cells are present. (H & E  $\times$  55).

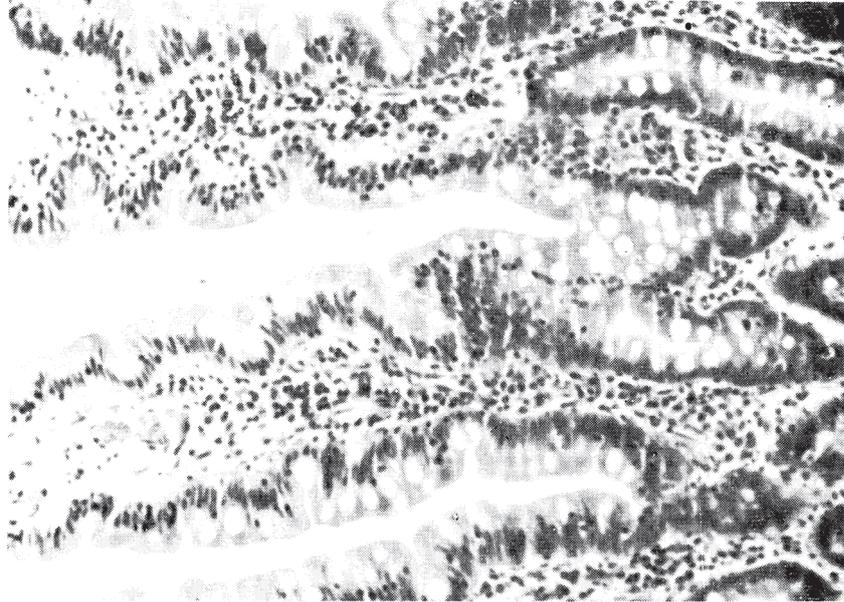


Figure 3. Case 29. Edema at tips of villi and increased cellularity of the lamina propria are present. (H & E  $\times$  196).

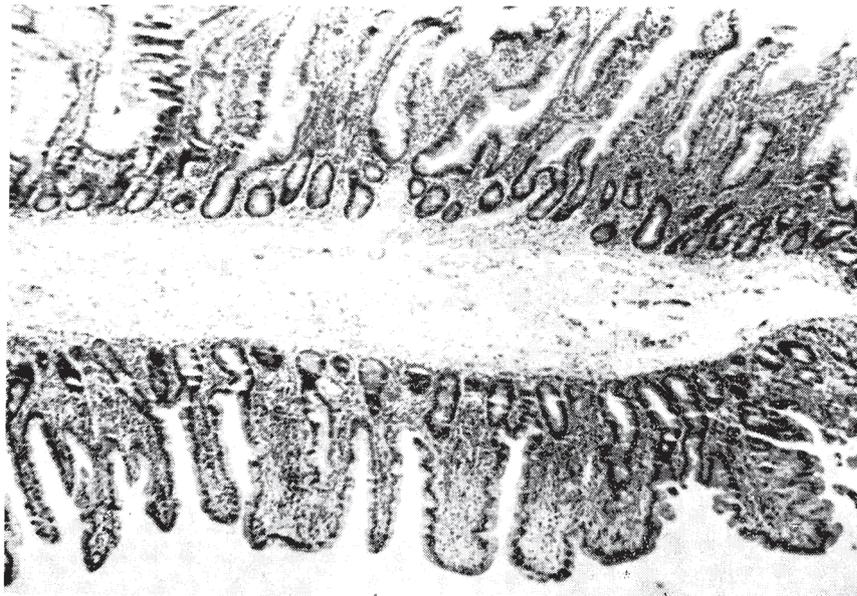


Figure 4. Case 16. Striking thickening and shortening of villi is present forming leaf-shaped villi. The lamina propria is heavily infiltrated. (H & E  $\times$  55).

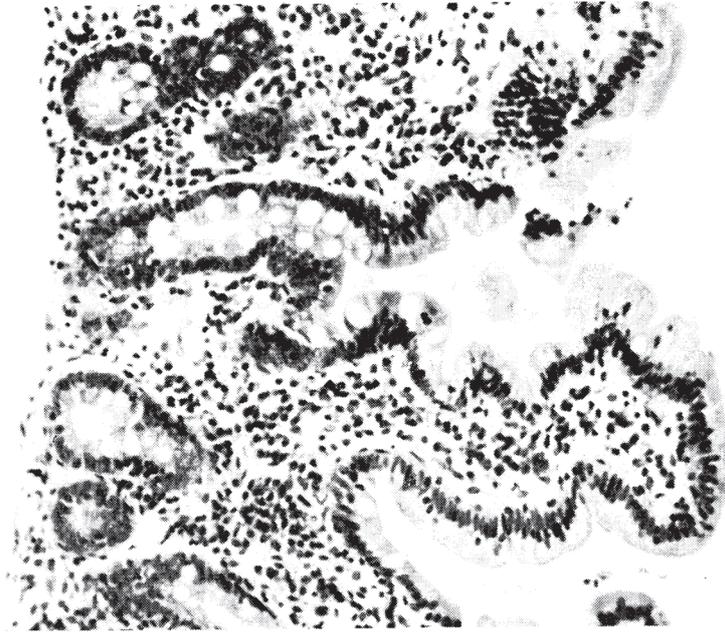


Figure 5. Case 24. Still greater atrophy is present in this case. When compared to figure 2, the villi are seen to be shortened by  $\frac{1}{3}$ . (H & E  $\times$  196).

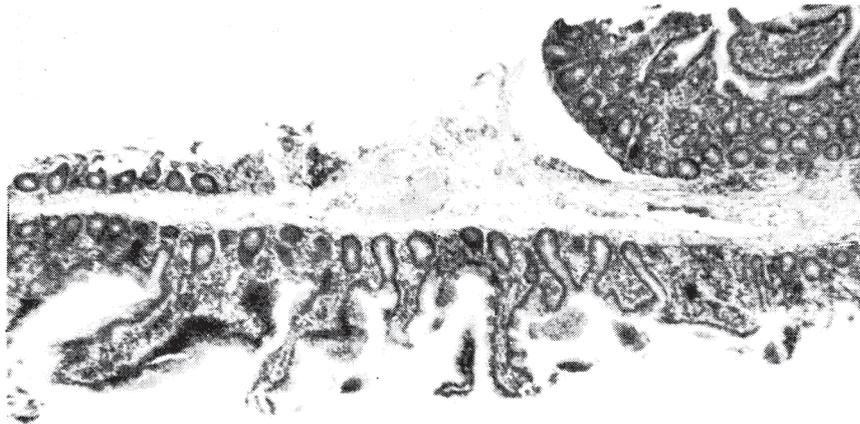


Figure 6. Case 28. This biopsy on the 7th day shows the most striking villous alteration encountered. (H & E  $\times$  55).

damoebae nana. There was a nodule of lymphoid tissue in the lamina propria with no germinal center around which there did not appear to be any fibrous tissue reaction, (fig. 2). The villi were of normal height and shape, (fig. 3). The distal ends of the villi were very edematous and numerous eosinophils were present in the lamina propria. The lamina propria contained increased numbers of plasma cells, histiocytes and lymphocytes. The epithelium contained increased numbers of goblet cells and transmigrating lymphocytes.

Case 16. Striking thickening and shortening of the villi with the formation of a leaf-shaped villous structure were illustrated by the mucosal pattern found in a 31 year old man who had been ill for 13 days with jaundice and fever at the time of biopsy, (fig. 4). The lamina propria was edematous and infiltrated with lymphocytes and plasma cells. Crypts were not increased in depth, however, there was some increase in the number of goblet cells. This case was classified as showing moderately severe jejunitis and villous atrophy.

Case 24. Slightly more pronounced changes were present in the mucosa of a 22 year old man who had been ill for 21 days, (fig. 5). The villi were shortened to a greater degree and in addition, there was some increase in the depth of crypts. Eosinophils were numerous deep in the lamina propria. There was also a marked increase in the number of goblet cells.

Case 28. The most severe changes were seen in a 22 year old man who had been ill for 7 days. His pyruvic transaminase was 1,025 units. There was marked flattening of the mucosa

with a few shortened villi projecting above the surface, (fig. 6). Short, very broad, irregularly shaped villi were also present. There were increased numbers of goblet cells in the crypts and crypts were of slightly increased depth.

From the study of Sprinz et al.<sup>(6)</sup> it is known that the mucosa of the jejunum of Thai persons of lower socio-economic groups shows a sprue-like histologic picture and that absorptive defects are common. It was recognized when the study was begun that there would be difficulties in the interpretation of changes in the mucosa because of the prevalence of enteric bacterial and parasitic infections in Thailand. The changes graded as mild, moderate and severe are measured against the appearance of normal mucosa as seen in North American subjects. The reactions we have described are probably all non-specific reactions of the intestinal mucosa which would result from many agents. Whether the changes pre-existed the viral hepatitis cannot be determined. Most of the men have been returned to their Army units, but follow up studies will be done to determine whether there is return to a more normal histologic pattern.

#### References:

1. WRAIR Topics, No. 2, Page 3, February 1964, Walter Reed Army Medical Center, Washington, D.C.
2. Astaldi, G., U. Grandini, C. Poggi, and E. Strosselli: Intestinal Biopsy in Acute Hepatitis. Amer. J. Digest. Dis. 1964, 9:237.

3. Conrad, M.E., R.S. Hartman, and G. Astaldi: The Gastrointestinal Lesion in Viral Hepatitis. (Abstract). *Ann. Intern. Med.* 1964, 60:723.

4. Conrad, M.E., F.D. Schwartz, and A.A. Young: Infectious Hepatitis — A Generalized Disease. A Study of Renal, Gastrointestinal and Hematologic Abnormalities. *Amer. J. Med.* 1964, 37:789.

5. Sheehy, T.W., M.S. Artenstein, and R.W. Green: Small Intestinal Mucosa in Certain Viral Diseases. *J.A.M.A.* 1964, 190:1023.

6. Sprinz, H., R. Sribhibhadh, E.J. Gangarosa, C. Benyajati, D. Kundel, and S. Halstead: Biopsy of Small Bowel of Thai People. With Special Reference to Recovery from Asiatic Cholera and to an Intestinal Malabsorption Syndrome. *Amer. J. Clin. Path.* 1962, 38:43.

---

# หลอดเลือดดำอักเสบแข็งคล้ายเส้นเชือก\*

รายงานผู้ป่วย ๑ ราย

ประดิษฐ์ ตันสุรัตน์ พ.ด., Ph.D. (Wash.)

(แผนกพยาธิวิทยา)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประดิษฐ์ ตันสุรัตน์)

หลอดเลือดดำอักเสบแข็งคล้ายเส้นเชือก (string phlebitis) เป็นพยาธิสภาพที่แปลกและยังไม่มีผู้ใดรายงานไว้ในวารสารการแพทย์ของไทย, ผู้เขียนจึงคิดว่าการรายงานเรื่องนี้ อาจจะเป็นประโยชน์ต่อแพทย์ผู้สนใจบ้างตามสมควร, เพราะการวินิจฉัยอาจผิดพลาด หรือ พยาธิสภาพของโรคนี้ อาจจะทำให้คิดว่าเป็นโรคมะเร็งก็ได้.

Mondor เป็นคนแรกที่รายงานโรคนี้ซึ่งเกิดที่บริเวณนมของผู้หญิง, และต่อมาเรียกว่า Mondor's disease (๑๙๓๕). โดยที่หลอดเลือดมีลักษณะแข็งเป็นลวดคล้ายเส้นเชือก จึงได้ชื่อว่า "สตีริงก์เฟลย์ไซติส" (1)

อาการ ผู้ป่วยมีอาการเจ็บและกดเจ็บบริเวณที่เกิดเป็นเส้นแข็ง, ซึ่งอาจจะเกิดในส่วนใดของร่างกายก็ได้, เช่นตาม

เรื่องย่อ. ตันสุรัตน์, ประดิษฐ์: หลอดเลือดดำอักเสบแข็งคล้ายเส้นเชือก. สารศิริราช ๒๕๐๘ (ค.ศ. ๑๙๖๕), ๑๗: ๓๔๕-๓๔๗.

ได้รายงานหลอดเลือดดำอักเสบแข็งคล้ายเส้นเชือกในผู้ป่วย ๑ ราย, ซึ่งเป็นรายแรกที่ได้อธิบายในวารสารการแพทย์ไทย. ผู้ป่วยเป็นหญิงไทยอายุ ๕๓ ปีเกิดเป็นโรคนี้ที่บริเวณนมข้างซ้าย. การรักษาด้วยแอนติไบโอติกไม่ได้ผลดี. ได้รักษาด้วย "แอนติฟอสฟีน", อาการทุเลาลงใน ๑๑ สัปดาห์. สาเหตุของการอักเสบของหลอดเลือดดำในผู้ป่วยรายนี้ไม่ทราบแน่ชัด.

หน้าอก, แขน, ขา, โดยไม่มีไข้, ไม่มีอาการบวมหรือแดง. ในการตรวจจะพบว่าบริเวณที่เจ็บมีเส้นแข็งๆไปตามหลอดเลือด, อยู่ใต้ผิวหนังไม่ลึกนัก. แต่ถ้ากดจะเจ็บมาก. หลอดเลือดดำดำได้ชัดเจนและมีลักษณะไม่เรียบนัก.

สาเหตุ โรคนี้พบได้ตั้งแต่อายุ ๑๔ ถึง ๕๕ ปีและเป็นได้ทั้งชายหญิง. สาเหตุที่

\* บรรยายในการประชุมประจำปีของวิทยาลัยพยาธิวิทยานานาชาติ, สาขาประเทศไทย, เมื่อวันที่ ๑๒ ก.พ. ๒๕๐๘, ณ ห้องปฏิบัติการวิจัย ส.ป.อ., สถาบันพยาธิวิทยา, ร.พ. พระมงกุฎเกล้าฯ.

แท้จริงยังไม่แน่นอน. โรคคิกเซออาจจะ เป็นสาเหตุได้, แต่การให้ยา แอนติไบโอติก ไม่ได้ผล, และโรคอาจหายได้ โดยไม่ต้องให้ยาพวกนี้เลย. ผู้ป่วยที่พบไม่มีประวัติได้ รับการกระทบ กระแทก หรือได้ รับการฉีดยาเข้าหลอดเลือดมาก่อน.

พยาธิสภาพ จากการตรวจด้วยมือเปล่า อาจจะคิดว่าเป็นหลอดค้ำเหลือง. แต่ในการตัดเนื้อ มาตรวจ ก็พบว่า เป็นหลอดเลือดค้ำ. ผนังของหลอดเลือดหนาขึ้นเนื่องจาก มีเนอียคเสริมชนิดเส้นใยรวมไขมัน (ไฟโบรแพ็คติว). บางรายพบว่ามี เซลล์ พลาสมา เซลล์, ลิมโฟซัยต์ และ โมโนซัยต์, หรืออาจพบ อีโอสิโนฟิล และ เซลล์ ยักษ์. ในบริเวณนี้พบมีหลอดเลือดฝอยได้บ้าง. ในบางราย, ชั้น อินทิมา และ แอควีนาเซีย มี ไฟโบรลีส มากโดยไม่มี เซลล์ ของการอักเสบอยู่เลย. ผนังของหลอดเลือดแคบมาก, แต่ก็ไม่มี ธรอมบัส เกิดขึ้น. พยาธิสภาพเหล่านี้แสดงว่าหลอดเลือดค้ำได้มีการอักเสบชนิดหนึ่งชนิดใดมาแล้ว. ต่อมา มีการซ่อมแซมโดยมี ไฟโบรลีส. การย้อมหาเชื้อจุลินทรีย์, เชื้อรา

และปรสิตไม่ได้ผล. สาเหตุจากความไวเกินก็อาจจะเห็นได้, แต่ประวัติของผู้ป่วยเท่าที่พบยังไม่มีข้อยืนยันที่ชัดเจน.

อาการเปลี่ยนแปลง หลอดเลือดค้ำแข็ง เป็นไต และ กด เจ็บ อยู่ ประมาณ ๒ - ๑๐ สัปดาห์. แล้วการอักเสบจะค่อย ๆ ทุเลา และอาการแข็งจะน้อยลง, จนหายไปเองในที่สุด โดยไม่ต้องให้ แอนติไบโอติก. การพักผ่อน และการใช้ เสื้อผ้า หลวม ๆ จะช่วยให้หายเร็ว โดยไม่มีพยาธิสภาพเหลืออยู่เลย.

#### รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย, อายุ ๕๓ ปี, แจ้งว่า ภายหลังจากทำความ สะอาดบ้าน อยู่ ๗ วัน และใช้ยาฉีด คี.ที.ที. ทั่วๆ, ก็เกิดอาการ ผื่นคันที่บริเวณหน้าอกและคอ, คล้ายผด. ผู้ป่วยได้รักษาพวก แอนติฮิสตามีน ทั้งกินและทา. อาการผื่นคันหายไป. ต่อมาอีกสองสามวันก็เกิดอาการเจ็บบริเวณนมซ้าย. ตรวจพบว่ามี ล้ำแข็ง ๆ บริเวณ ๒ ข้างของหัวนม, ซึ่งลามลงไปทั้งข้างล่างและข้างบนเป็นเส้น ๆ, ขนาด ๓ ถึง ๕ มม.



(ทรป.) เมื่อให้ ผู้ช่วยยกแขนซ้ายขึ้น, เส้น  
 แข็ง ๆ หนึ่งข้อมือออกไปตามแขน, และตึงเนื้อ  
 และหนังของนมเป็นรอยย่นตามเส้นแข็ง ๆ.  
 ถ้าตึงและกดผิวหนังให้ตึง, ก็สามารรถแล  
 เห็นเส้นแข็ง ๆ นั้นชัดเจน. ไม่มีสีแดง.  
 เมื่อ เขามองกด พบว่าเป็น หลอดเลือด แข็ง  
 และกดเจ็บ. ลักษณะของหลอดเลือดคนกลาง  
 ได้ข้างเล็กน้อยและแข็งเป็นไต, ขรุขระ, ไม่  
 เรียบนนัก, คล้ายลักษณะของมะเร็งที่ลาม  
 ไปตามหลอดเลือด หรือ หลอดน้ำเหลืองใน  
 ระยะที่เย็นมาก ๆ. ผู้เขียนได้ให้ แอนติ-  
 ไบโอทิก และยาระงับการอักเสบ ทั้งกินและ  
 ฉีด. อาการไม่ทุเลาจนเลยใน ๑๐ วันแรก.

ต่อมาได้ให้ยาพวก แอนติโพลีจิสติน อย่าง  
 เคียว. ภายในเวลา ๗ สัปดาห์หลอดเลือด  
 ส่วนที่อักเสบ แต่เคิมค่อย ๆ นุ่ม ลง และเจ็บ  
 น้อยลง. แต่อาการอักเสบลามขึ้นข้างบน  
 และ ลามลงไป ตาม หลอดเลือด หน้าท้อง,  
 โดยมีเส้นแข็ง ๆ และกดเจ็บเช่นเคิม. ต่อ  
 มาอีก ๔ สัปดาห์ อาการจึงค่อย ๆ ทุเลาไป.

วิจารณ์

ถึงแม้ว่าจะไม่ได้ตัดเนื้อมาตรวจ, เนื่อง  
 จากผู้ช่วยปฏิเสธ แต่จากอาการและการ  
 ตรวจก็พอจะอนุมานได้ว่าเป็นหลอดเลือดดำ  
 อักเสบ, โดยแยกจากหลอดเลือดแดงและ  
 หลอดน้ำเหลืองได้. เพราะหลอดเลือดดำอยู่  
 ตื้นกว่าหลอดเลือดแดงและใหญ่กว่าหลอด  
 น้ำเหลือง. ถ้าเป็นหลอดน้ำเหลืองอักเสบ,  
 มักจะ แลเห็นเป็น เส้นทางแดง ๆ และผนัง  
 ไม่หนามากเช่นทพบ. ทงมักจะค่อยมีแหล่ง  
 การอักเสบที่เป็นต้นเหตุให้แลเห็นข้าง. แต่  
 ในรายนี้ไม่มีกรอักเสบที่ใดเลย. อาการ  
 ค่อย ๆ หายไปเองในระยะเวลาประมาณ ๓  
 เดือน. การให้ แอนติไบโอทิก ในระยะ  
 แรกไม่ได้ผลเลย สำหรัยสาเหตุของการ  
 อักเสบ ของหลอดเลือดใน รายนี้ ก็ยังไม่แน่  
 นอนนัก. ผันค้นที่เกิดบริเวณคอและหน้าอก

น้<sup>๕</sup>นอาจ<sup>๕</sup>จะเกิดจากการใช้ คี.คี.ที. ในบริเวณ  
ข้าน, ซึ่งก็เคยใช้มานานแล้ว, แต่เพิ่งมา  
เกิดผ<sup>๕</sup>คน<sup>๕</sup>นครา<sup>๕</sup>ว<sup>๕</sup>น.

เอกสาร:

I. Ashken, M.H. and R.E. Cotton :  
String Phlebitis. Brit. J. Surg. 1963,  
50 : 689.

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. โปรดเขียนชื่อและนามสกุลให้ชัดเจน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารศิริราช
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

(Summary of the preceding Report)

STRING PHLEBITIS

Pradit Tansurat, M.D., Ph.D. (Wash.)

(Dept. of Pathology)

(Head of Dept. : Prof. Dr. Pradit Tansurat)

---

A Thai woman, 53 years old, developed a rash on the chest and neck after using D.D.T. during house cleaning; the symptom was relieved by the use of antihistamines. A few days later the patient felt pain on the left breast associated with a cord-like structure, 3 to 5 mm. in diameter, on both sides of the mamilla, exten-

ding upwards and downwards, and apparently attached to the underside of the skin. Antibiotics were given with antiphlogistics for ten days without effect. The structure slowly disappeared after eleven weeks of anti-inflammatory therapy.

(One figure. One reference.)

(N.P.)

---



## ประกาศของบรรณาธิการ

บุญเรือง นิยมพร พ.ม.  
ดำรง เข็มขรพลาช พ.บ.  
หนั่นทน พรหมผลิน พ.บ.  
ทวี บุญโชติ พ.บ.  
สมชัย บรรณกิจติ พ.ต.  
ประหยัด หัตถนาถณ์ พ.บ.

หมอชายตัว

ประดิษฐ์ ตันสุรัตน์ พ.ด., Ph.D. (Wash.)

คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลป์ได้แต่งตั้งให้ผู้เขียนเขียนอนุกรรมการสอยไล่พวกแพทย์ที่สำเร็จการศึกษามาจากต่างประเทศ. ขณะที่เขาเข้าร่วมประชุมก่อนสอยไล่ท่านหัวหน้ากองควบคุมการประกอบโรคศิลป์ได้กล่าวกับผู้เขียนว่า "เจ้าหน้าที่กองควบคุมการประกอบโรคศิลป์พบว่าลักษณะของ หมอชายตัวไป ประมาณ ยี่สิบกว่ารายแล้ว. ขอให้ช่วยตักเตือนพวกใหม่ ๆ กันหน่อย." ผู้เขียนเคยแต่ได้ยินว่าหญิงงามเมืองและกะเทยชายตัว, เมื่อมาได้ยินว่าหมอชายตัวก็ชักไม่แน่ใจว่าท่านหัวหน้ากองพดเล่นหรือพดจริง. เมื่อชักใช้ไล่เลี้ยงดกก็ได้ความว่าพวกหมอเราถูกเจ้าของคลินิกที่ไม่ได้เป็นหมอ, แต่อยากเปิดร้านหมอรักษาโรค, ขอช้อช้อหมอ

พวกเราตักไว้หน้าร้านในอัตราแล้วแต่จะตกลงกัน, เช่น ๑,๐๐๐ บาทข้าง, ๑,๕๐๐ บาทข้าง, ๒,๐๐๐ บาทข้างต่อเดือน, โดยหมอไม่ต้องไปทำอะไรเลย. แล้วเจ้าของคลินิกก็ทำหน้าที่หมอเถื่อนไปตามสยาย. พอถึงเดือนก็นำเงินเดือนค่าขายตัวไปให้. หมอหนุ่ม ๆ พวกเราเห็นหวาน ๆ ก็ยอมขายตัว. ผู้เขียนก็เลยได้รู้ความรู้อันใหม่ที่ว่าหมอก็ขายตัวได้เหมือนกัน, และยิ่งในต่างจังหวัดยิ่งขายกันเกร่อไปเลย.

ผู้เขียนได้ยินญาติของแพทย์ผู้หนึ่งเล่าให้ฟังว่าในวันพระราชทานปริญญาบัตรหอประชุมราชแพทยาลัย, คือวันที่ ๖ เมษายนของทุกปี, เมื่อบรรดาแพทย์รับปริญญาบัตรเสร็จแล้ว, แพทย์ทุกคนก็กล่าวคำปฏิญาณต่อหน้าพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว, คือ

หน้าพระพุทธรูป, พระธรรม, พระสงฆ์, ต่อหน้านายกรัฐมนตรี, อาจารย์และบิดามารดา, ตลอดจนญาติพี่น้องทอดส้าหคคความมาด เพื่อเป็นสักขีพยาน และเพื่อแสดงความยินดีในความสำเร็จในชีวิตของบรรดาแพทย์เหล่านั้น. ญาติเล่าว่าเมื่อบรรดาแพทย์กล่าวคำปฏิญาณตนเสร็จลง, เขารู้สึกซาบซ่านและตื่นตัวพร้อมกัมีอาการขนลุกทวทงทว. แม้ขณะที่เขาพูดผู้เขียนก็สังเกตว่าเขาขนลุกจริง ๆ ทั่ว, แสดงว่าเขาตื่นตัวและรู้สึกดีในคำปฏิญาณของแพทย์จริง ๆ. คำปฏิญาณที่ทำให้แกขนลุกมีอะไรข้างผู้เขียนไม่ขอนำมากล่าวอีกในที่นี้.

เมื่อเร็ว ๆ นี้ในหน้าหนังสือพิมพ์ลงข่าวญาติผู้ช่วยรายหนึ่ง กล่าวหาว่า แพทย์เป็นหมอใจดำ (แทนที่จะเป็นหมอใจเพชร), เพราะเหตุที่ว่าหมอไม่ช่วยเหลือผู้ช่วยไว้รักษา. ญาติผู้หนึ่งบอกว่าในวันรับปริญญาบัตรเขาก็เคยไปฟังคำปฏิญาณตนของแพทย์และรู้สึกซาบซ่านจนขนลุกทวทงทวเหมือนกัน. แต่เมื่อเขาประสกับเรื่องนเข้า, เขาก็บอกว่าเขาหายลุกไปหมดแล้ว.

ผู้เขียนได้มีโอกาสพบกับกรรมการที่สอบสัมภาษณ์นักศึกษาแพทย์ที่เขาเรียน

แพทย์. มีคำถามข้อหนึ่งที่ผู้สัมภาษณ์มักจะถาม, คือ "ทำไมคุณจึงเลือกมาเรียนแพทย์," และคำตอบของหนึ่งซึ่งกรรมการไ้รับจากนักศึกษาเองก็คือ "เพราะอาชีพแพทย์เป็นอาชีพที่เกียรติ." ผู้เขียนจึงคิดว่า "อาชีพที่เกียรติ" นี้มีความหมายแค่นั้น. พวกแพทย์มีหน้าที่รับผิดชอบต่อชีวิตของผู้ป่วย, ต้องมีคุณงามความดีทั้งหลายอย่าง, เช่นเมตตากรุณา, ใจเย็น, ไม่โกรธ, ไม่อวด, ไม่สะเพร่า, ไม่มั่งง่าย, เป็นต้น. หากมีคุณงามความดีดังนี้, ก็เป็นที่พึงพอใจของผู้ป่วยซึ่งพากันยกย่องนับถือและยอมฝากชีวิตไว้. หากถึงคราวเคราะห์ที่หายมาร้าย, มีเหตุเป็นไปทำให้ ผู้ป่วยต้อง ตายไป โดยคาดไม่ถึงก็ตาม หรือเพราะ ประมาทเลิน เล่อ ก็ ตาม, ยางที่ญาติผู้ช่วยก็อาจเห็นใจและให้อภัยกันได้, ไม่ถือเป็นความผิดของหมอเลย. แต่มีแพทย์อีกพวกหนึ่ง, มักจะถูกญาติผู้ช่วยกล่าวหาว่าเลินเล่อบ้าง, ประมาทบ้าง, ฉลาดผิดบ้าง, ลมโน่นลมนี้บ้าง, เป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องตายลง. เช่นนี้ต่างก็ของฟ้องร้องเอาโทษหมอกัน. อาชีพที่เกียรติก็ต้องอับเฉาลงในคราวนั้นเอง.

เมื่อแพทย์ทุกคนต่างก็รู้ว่า อาชีพแพทย์ เป็นอาชีพที่มีเกียรติ, ตัวเองก็ได้กล่าว คำปฏิญาณ ตนแล้วทุกอย่าง, แต่ก็ยังมีแพทย์ที่กล้าพอที่จะขายตัวเองในราคา ๑,๐๐๐ บาทต่อเดือน, เป็นการทำลายเกียรติของตนเอง และเกียรติของอาชีพแพทย์ทั่วไป. การขายตัวนี้เป็น การผิดกฎหมายอยู่แล้ว, และถ้าหากเจ้าของคลินิกกระทำผิดเกิดเหตุใด ๆ ก็ตาม, แพทย์ผู้นั้นก็ต้องรับผิดชอบยิ่งกว่า. เป็นการขายตัวที่เสี่ยงมากอยู่. การที่แพทย์จะดำรงเกียรติไว้ได้, ก็อยู่ที่การกระทำของแพทย์เอง. นอกจากนั้นอาชีพแพทย์ที่มีเกียรติก็เพราะจะต้องคอยประคับประคองชีวิตของผู้ป่วยให้รอดตายโดยทวิวิธทาง. เมื่อรอดตายและหายเร็วเท่าใดก็ยังมีเกียรติมากเท่านั้น, จะประมาณแม่แต่นิดเดียวก็ไม่ได้. ก็จะเห็นได้จากข่าวต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความตายของผู้ป่วยโดยไม่สมควร, จากการผ่าตัดที่, จากการฉีดยากที่, การละเลยไม่เอาใจใส่ช่วยเหลือผู้ป่วยตามควรก็, จนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องตายลง, และญาติผู้ป่วยก็มักจะนึกไปในทางอกศลก่อน. ผู้เขียนได้รับคำฟ้อง จากผู้ป่วยบ่อย ๆ

ทั้งภายนอกและภายในโรงพยาบาล. บางครั้งก็ต้องอธิบายและชี้แจงผ่นหนักให้เขายเขา, เพราะฟังความข้างเดียว, พอให้ผู้ช่วยคอยสลายใจชน. แต่เมื่อได้ทราบจากปากท่าน หัวหน้ากองควบคุม การประกอบโรคศิลปะเองว่า พวกเราขายตัวกัน เกือบอย่างนั้น, ก็รู้สึกเสียใจอย่างยิ่งและรู้สึกขายหน้าท่านหัวหน้ากองด้วย. ปัญหาจึงอยู่ที่ว่าเหตุใดหมอจึงต้องขายตัว. เพราะไม่พอกินหรือ, หรือเพราะอยากได้เงิน. ผู้ที่จะตอบได้ถูกต้องก็คือหมอยกขายตัวเอง. ปัญหาต่อไปคือ มีหนทางป้องกันที่จะไม่ให้พวกเรานขายตัวได้หรือไม่, โดยเฉพาะพวกที่อยู่ไกลหูไกลตาเจ้าหน้าที่ไปตรวจไม่คอยถึง.

ในโอกาสนี้เองเมื่อท่านบรรณาธิการขอให้ผู้เขียน, เขียนขบถบรรณาธิการพิเศษจึงขอถือโอกาสฝากข้อเขียนนี้แก่ผู้ที่ได้ขายตัวไปแล้วหรือผู้ที่กำลังคิดว่าจะขายตัวต่อไปเมื่อมีโอกาส. หากเผชิญได้มีโอกาสอ่านขบถบรรณาธิการนี้แล้ว, พึงพิจารณาตนเองว่าอาชีพที่มีเกียรตินี้ มีค่าตัวเพียงเดือนละ ๑,๐๐๐ บาทเท่านั้นเองหรือ, และถ้าจะคิดขายตัว, เราขายเพื่ออะไรกัน.

## แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้: ทินรัตน์ สถิตนิมานการ พ.ด., ประเสริฐ ปาจริย์ พ.บ., วิฑูรย์ อังประพันธ์ พ.บ., น.บ.,  
ม.ร.ว. วีรพันธ์ ทวีวงศ์ พ.บ., M.Sc., บุญเจือ ธรณินทร์ พ.บ., อธิพันธ์ เจริญผล พ.บ.,  
ทวี บุญโชติ พ.บ., Dipl. Amer. Bd. Radiol., ดำรง เพ็ชรพลาย พ.บ., M.S., สมชัย บวรภักดี พ.ด.,  
ยศวีย์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๑. ธรรมธัช, ชราม, กษาน จากิกวนิช,  
ประเสริฐ ปาจริย์ : เอกซตราแมกัลลารี  
พลาสโมซัยโตมา ของปอด รายงานผู้ช่วย  
หนังวราย. Lancet 1965, 85: 163.

รายงานผู้ช่วยชายไทยอายุ ๒๔ ปี, พบ  
เนื้องอกขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง ๕ ซม.  
ในกลีบล่างของปอดขวาโดยบังเอิญในการ  
ฉายเอกซเรย์. ผู้ช่วยมีอาการผอมลงเล็ก  
น้อย ในระยะสองเดือนก่อนถ่ายภาพ  
เอกซเรย์. ไม่มีอาการอื่น. การตรวจร่าง-  
กายไม่พบความผิดปกติ. เม็ดเลือดขาว  
๑๑,๕๐๐/ล. มม. เป็นลิมโฟซัยต์ ๓๓  
ปซ. เคมีของเลือดไม่ผิดปกติ.

เมื่อผ่าตัด เอกกลีบล่างของ ปอดขวา  
ออก, ได้ก้อนเนื้อลักษณะกลม, สีขาว  
แกมเทา, แข็งหยุ่นเหมือนยาง, ขนาด  
๔.๘ x ๔.๕ ซม. ก้อนมีขอบเขตชัดเจนนิด,  
แต่ไม่มีเปลือก. เนื้อปอดโดยรอบถูกกด  
แฟบ. เมื่อตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ เนื้อ

งอกประกอบด้วยเซลล์ตัวเล็ก รปร่างกลม  
หรือรูปไข่ เหมือนพลาสมาเซลล์ตัวแก่.  
พบรีเซลลล์ขอบคัยทั้งในและนอกเซลล์ของ  
เนื้องอก. หลังผ่าตัดแล้ว ๑๘ เดือน ผู้  
ช่วยยังคงสบายดี.

ธรรมชาติที่แท้จริงของเนื้องอกชนิดนี้  
ยังไม่มีใครทราบ. เคยมีรายงานเนื้องอก  
ชนิดนี้ในปอดไว้ในวารสารต่าง ๆ ทั่วโลก  
จนถึง ค.ศ. ๑๙๖๓ เพียง ๑๖ ราย  
เท่านั้น.

ทินรัตน์ สถิตนิมานการ พ.ด.

๒. สถิตนิมานการ, ทินรัตน์, P.D. Ro-  
sahn: มะเร็งของปอดใน ร.พ. ศิริราช.  
Cancer 1955, 18: 510.

สถิติของมะเร็งของปอด ซึ่งรวบรวม  
โดยโรสฮัน จากเนื้องอกกรรมในระยะ  
๕ ปี (ค.ศ. ๑๙๔๘-๑๙๕๒) พบว่ามี  
น้อยมาก คือมีเพียง ๒.๔ ต่อ ๑,๐๐๐

สเปซิเมน เท่านั้น. คณะผู้รายงานนี้ จึงได้ทำการศึกษาใหม่จากเนื้อคัลลยกรรรมและเนื้อตรวจศพ ในระยะ ๕ ปี (ค.ศ. ๑๙๕๔-๑๙๖๒). เป็นจำนวนทั้งสิ้น ๑๖๑ ราย. จากการตรวจศพ ๗,๐๑๑ ราย พบที่เป็นมะเร็ง ๑,๒๘๐ ราย (๑๘.๓ ปร.) ซึ่งเป็นมะเร็งของปอดเดี่ยว ๕๓ ราย (๗.๓ ปร. ของมะเร็ง) จากเนื้อคัลลยกรรรม ๕๒,๖๗๐ ราย เป็นมะเร็งของปอด ๖๘ ราย. อัตราที่พบในแต่ละปี ไม่มีการแตกต่างกันมาก, และไม่แตกต่างจากที่เคยศึกษามาแล้ว.

มะเร็งของปอดส่วนใหญ่ เป็นชนิดเอปิเตอร์มอยด์. ชนิด เซลล์ อีวี่โฮลาร์ มีมากเป็นอันดับ ๓ (๑๔ ปร.) ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าในรายงานทั่วไป. ประมาณครึ่งหนึ่งของราย อีวี่โฮลาร์ เซลล์ คาร์ซิโนมา พบเป็นทั้งสองข้าง; แต่ชนิดอื่นๆ พบเป็นสองข้าง เพียง ๑๕ ปร. เท่านั้น.

ประเสริฐ ปาจารย์ พ.บ.

๓. Cullberg, G., R. Lundström, U. Stenram: การเกิดคีซ่านระหว่างกนิยาคุมกำเนิด. Brit. Med. J. 1965, 1:695.

ผู้ช่วยหญิงอายุ ๓๕ ปี เคยมีบุตรแล้ว

๒ คน, มีประวัติเป็นโรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบหลายครั้ง. ครึ่งสุดท้าย เมื่อประมาณ ๒ เดือนก่อนเข้า ร.พ. ได้รับการรักษาด้วย ซัลโฟนาไมด์. ตลอดเวลาในระยะประมาณ ๑ ปี ที่ผ่านมาไม่เคยได้รับการศึกษาเลย และไม่เคยพบปะกับคนเป็นโรคคีซ่านเลย. ประมาณ ๑ เดือนก่อนมา ร.พ. ผู้ช่วยกนิยาคุมกำเนิด ลี้นกือออก วันละ ๑ เม็ด อยู่ ๓-๔ วัน ก็เกิดมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ๒-๓ ครั้ง. แต่ผู้ช่วยยังคงกนิยาต่อไปจนได้ ๑๐ กว่าวัน จึงเริ่มมีอาการเบื่ออาหาร เหนื่อยง่าย และคันตามตัว. ต่อมาสังเกตว่า ปัสสาวะมีสีเข้มและตัวเหลือง.

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า บิลิรูบิน ๘.๕๒ มก. ปร. ซึ่งเป็น ไคเร็คต์ บิลิรูบิน ๗.๕๒ มก. ปร.; อัลคาไลน์ ฟอสฟาเทส ๗๕.๘ หน่วย (ค่าปกติ ๒-๘); เอส.จี.พี.ที. ๒๓๐ หน่วย; เอส.จี.ไอ.ที. ๕๒ หน่วย; T.T. สูง ๑ ครั้ง จากการตรวจ ๑๒ ครั้ง, ผลอย่างอื่น ๆ ไม่ผิดปกติ. การเจาะคีซ่านเนอติบไปตรวจพบว่า มีการคั่งในท่อน้ำคัลเล็ก ๆ ภายในเนอติบ, เซลล์ของคัลลยกรรรมและมีขนาดต่าง ๆ กัน, บางเซลล์มี นเคลียส คีคัลลยกรรรม, บางเซลล์

มี แว็คคิโอล ซึ่งแสดงว่า มีการทำลายของเซลล์. แต่ลักษณะทางจุลกายวิภาคฯ ดังกล่าวค้านกับลักษณะของ โรคตับอักเสบจากไวรัส. การตรวจไม่พบเสียมสลายแบบไขมันในตับ และไม่พบลักษณะตับแข็ง.

ผู้ช่วยได้รับการรักษาอยู่ ๑ เดือน กับ ๑๘ วัน ก็หายเป็นปรกติ. ผู้รายงานมีความเห็นว่าอาการที่ชานที่เกิดขึ้นเป็นผลจากใช้ยา ลีธันคิโอล เนื่องจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการสนับสนุนว่า ตับชานเป็นชนิดที่มีการออกกันร่วมกับเนอติบดทำลาย. และยาจำพวกนี้ก็ได้มีรายงานไว้หลายครั้งแล้วว่า เป็นพิษต่อตับ แบบที่ทำให้เกิดตับชานชนิดที่มีการออกกันในเนอติบ ซึ่งเป็นแบบเดียวกับที่เกิดจากการใช้ยา ฆลอโปรมาซีน และ เมธิลเทสโทสเทโรน.

วิฑูรย์ อิงประพันธ์ พ.บ., น.บ.

๔. Raju, P.S., N.K. Iyengar : ปฏิกริยาแอซิดฟอสฟาเทส ในการตรวจคราบอสุจิ. J. Crim. Law, Criminol. Police Sci. 1964, 55 : 522.

เป็นที่รับรองกันโดยทั่วไปแล้วว่า การตรวจคราบอสุจิโดยวิธี ทดสอบ ปฏิกริยาแอซิดฟอสฟาเทส ซึ่งเป็น เอนไซม์ ที่มีอยู่

ในน้ำอสุจิเป็นจำนวนมาก เป็นวิธีเดียวที่ทำให้ผลแน่นอนที่สุดในปัจจุบัน. การตรวจใช้น้ำยาซึ่งมีสาร ๒ ชนิด คือ : (๑) กรดอัลฟา แนฟธิลล์ ฟอสฟอริก ซึ่งทำหน้าที่สลาย เอนไซม์ให้เป็นสารจำพวกฟีนอลกับฟอสเฟต. และ (๒) ครีททำให้เกิดสี (โชมโมเจน) เมื่อทำปฏิกริยากับสารจำพวกฟีนอล ไทแก์ เบรินตามีน ฟาสต์ บลู บี. ซึ่งให้สีม่วง หรือ แอนธราควิโนน ๑ ไคอะโซเนียมฆลอไรด์ ซึ่งให้สีแดง. ดังนั้นถ้ามีสีเกิดขึ้นจากการตรวจก็แสดงว่า คราบที่ตรวจเป็นอสุจิ เพราะมีเอนไซม์ดังกล่าวอยู่. แต่ในกรณีที่คราบหรือสิ่งที่ตรวจมีสารจำพวก ฟีนอลอิสระ อยู่ อาทิ ไม้, ยาฆ่าเชื้อ, สบู่คาบอิลิค, ฯลฯ การทดสอบอาจให้ปฏิกริยาบวกเท็จได้. ฉะนั้นการแปลผลจึงต้องมีค้อนโทรลด้วยเสมอ. คณะผู้รายงานนี้จึงได้ทำการ ตรวจ คราบ จาก สิ่งของต่าง ๆ ๑๐๐ ตัวอย่าง คือ จากผัก, ผลไม้, ของเหลวจากสิ่งมีชีวิต, ไม้, สิ่งขี้ถ่ายจากสัตว์และนก. เมล็ดพืช, เครื่องคม, และอื่น ๆ โดยใช้ปฏิกริยาแอซิดฟอสฟาเทส. ผลการศึกษาปรากฏว่า ผัก ๑๒ ตัวอย่าง และผลไม้ ๘ ตัวอย่าง ให้ปฏิกริยาสีม่วงเกิดขึ้น ทั้ง ๆ ที่ผัก ๖ ตัว

อย่าง และผลไม้ ๔ ตัวอย่างที่ทำให้เกิด สีสัน ตัวมันเองไม่มีสี. แต่อย่างไรก็ดี สี ที่เกิดขึ้นจางกว่าปฏิกิริยาที่ เกิด จาก ทราย อสี และเวลาที่เกิดสีก็แตกต่างกันมาก. นอกจากนี้ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นจากสิ่งของทั้ง ๑๐๐ ตัวอย่างนั้นก็ให้ สีสันที่ต่างกันกับปฏิกิริยา จากทรายอสีอย่างชัดเจน, ไม่ว่าทรายอสี ที่ทำเปรียบเทียบเป็นทรายใหม่หรือเก่า.

น้ำยาที่ใช้ในการศึกษานี้มีวิธีเตรียม ดังนี้ : ใช้ กรด ซัลฟู แนฟธิลีน ฟอส- ฟอริก ๑๐๐ มก. และ เฮอร์นตามีน ฟอสฟอ- บล ปี. ๒๐๐ มก. ละลายใน อะซิเตท อีฟิเพอร์, พิวเอช ๕, ๕๐ ล.ซม. เขย่านาน ๑๐ นาที, ทิ้งไว้ครึ่งชม. แล้วกรอง เก็บ น้ำยาไว้ในอุณหภูมิห้อง (๒๐-๓๐ องศา ซ.). หลัง ๒๔ ชม. น้ำยาจะตกตะกอน เล็กน้อยแต่ไม่เสีย. หลัง ๑๔ วัน น้ำยา จะเปลี่ยนจาก สี เหลือง ขอน เป็น สี ม่วง แก่ และเสียคุณภาพไป. การเตรียมน้ำยาใหม่ ทุกคราว ต้องตรวจสอบเปรียบเทียบกับ คราวก่อน ๆ ทุกครั้ง. วิธีทดสอบใช้กระดาษ กรองที่ชุ่มน้ำกลั่นไปกดแปะกับทรายที่ ต้อง การตรวจ นาน ๕ นาที แล้วเขาน้ำยาพ่น ให้เป็นฝอยลงบนกระดาษกรองนั้น. ผลบวก แสดงโดยมีสีม่วงเกิดขึ้นที่กระดาษ บริเวณ

ที่มีทรายตกอยู่. สีจะเกิดขึ้นภายใน ๓๐ วินาที ถึง ๑ นาที. หลัง ๑ ชม. สีอาจ จางลงเล็กน้อย. เมื่อทิ้งไว้ให้กระดาษแห้ง สีตกอยู่ไถ้นานกว่า ๑ ปี ซึ่งอาจเก็บไว้ เป็นหลักฐานสำหรับ แสดง ต่อ คาลไต ถ้า จำเป็น.

วิฑูรย์ อิงประพันธ์ พ.บ., น.บ.

๕. Krantz, G.S. : หน้าที่สำคัญของขี้ม มาสคอตต์ในคน, Amer. J. Phys. Anthropol. 1963, n.s., 21 : 591.

ที่กระโหลกศีรษะของคนปัจจุบันจะพบว่า มีขี้ม มาสคอตต์ ทยอยมากและยังไม่มีผู้ใด อธิบาย หน้าที่อันแท้จริงของขี้มกระดูกน. ขี้ม มาสคอตต์ นั้นยกลงลงในแนวเฉียงไป ทางข้างหน้าและเข้าไปในเล็กน้อยตามแนวโค้ง ของกล้ามเนื้อ สเตอร์โนมาสคอตต์. ผู้ รายงานไม่เชื่อว่ากล้ามเนื้อนี้จะดึงขี้ม มาสคอตต์ ให้ยื่นออกมาอย่างนี้ได้เพราะกระดูก อื่น ๆ ตรงที่กล้ามเนื้อเกาะก็ไม่ได้อื่นออกมามากนัก. ภายในขี้ม มาสคอตต์ ก็ไม่มี อวัยวะสำคัญอย่างใดที่จะทำให้กระดูกส่วน นั้นยื่นออกมา. โพรงอากาศที่อยู่ภายในนั้นม้วนเพื่อลดน้ำหนักของ กระดูก ซึ่งนับว่าเป็นผลตามหลัง. นอกจากนี้ผู้รายงาน

ยังไม่เชื่อว่าขี้ม มาสคอตต์ จะมีประโยชน์ ในการหันหน้าไปทางข้าง และ ในการ ปรับ คีระให้ตรงตามท่าปรกติ, แต่เชื่อว่า ขี้ม มาสคอตต์ มีประโยชน์ในขณะที่การ หายคีระไปข้างหลัง และจำเป็นจะต้อง ใช้กล้ามเนื้อ สเตอโรโนมาสคอตต์ ทั้งสอง คีระให้กลับ มาอยู่ ในท่า ตรง ตาม เดิม. ในกรณีเช่นขี้ม มาสคอตต์ จะเป็น เสมือนคานที่ช่วยผ่อนแรงโดยเป็นตัว ทำให้ แนวตงของกล้ามเนื้อ สเตอโรโนมาสคอตต์ อยู่ห่างออกมาทางด้านหน้าจากแกน หมุน ความขวางของข้อต่อ แอตแลนโต-อ็อกซิ- บิทัล.

ม.ร.ว. วีรพันธุ์ ทวีวงศ์ พ.บ., M.Sc.

๖. Brown, B.C., E.V. Price, M.B.

Moore: ใช้ เพนิซิลโลอียด์ โปเลียลยชัน ทดสอบความไวต่อ เพนิซิลลิน. J.A.M.A. 1964, 189:599.

ผู้รายงานได้ทดลองใช้ เพนิซิลโลอียด์ โปเลียลยชัน ซึ่งได้จากปฏิกิริยาของกรด เพนิซิลโลอิก กับ ลัยชัน, ในความเข้มข้น

$6 \times 10^{-5}$  โมล./มล. ฉีดเข้าในหลัง ของผู้ช่วย ๑๖, ๒๓๕ รายเพื่อทดสอบการ แพ้ เพนิซิลลิน ก่อนการรักษา. พบว่าผู้ช่วย

ที่เคยมีประวัติการแพ้ เพนิซิลลิน มาแล้ว ให้ผลบวก ๓๕.๕ ปช., พวกที่ไม่เคยมี ประวัติการแพ้และพวกที่ไม่เคยใช้ยานให้ ผลบวก ๖.๒ และ ๓.๖ ปช. ตามลำดับ. เมื่อทดสอบแล้วได้ให้ยา เพนิซิลลิน และ คอการ. พวกที่การทดสอบให้ผลบวก มีอาการแพ้เป็นยลยเท่าของพวกที่ให้ผลลบ, และพวกที่ให้ผลลบ ไม่มี อาการแพ้แบบ อะนาฟิแลกซีส เลย. พวกที่มีประวัติการ แพ้และมีผลการทดสอบเป็นบวกไม่ควรให้ เพนิซิลลิน เลยเพราะมีการแพ้ยานได้มาก ถึง ๒๗.๓ ปช., พวกที่ไม่ม่ประวัติการ แพ้ยาหรือประวัติการไ้รับยานและมีผล ของการทดสอบเป็นลบนั้นการแพ้ เพนิซิล- ลิน เกิดขึ้นน้อยคือเพียง ๐.๔ ถึง ๐.๕ ปช. และการแพ้ไม่รุนแรง.

ฤทธิ์แทรกแซงของการใช้ยาทดสอบ มีน้อย (๕ รายใน ๑๖, ๒๓๕) และ ไม่รุนแรงนัก. ผู้รายงานกล่าวว่าเหตุที่การ ทดลองได้ผลลบทั้ง ๆ ที่ผู้ช่วยเคยได้รับ เพนิซิลลิน มาแล้วอาจเป็นเพราะว่า แอนติ- เจน ที่เกิดขึ้นในคราวก่อนอาจต่างกับน้ำยาที่ ใช้ทดสอบหรือ แอนติบอดี ที่เกิดขึ้นใน คราวก่อนอาจลดลงจนไม่ทำให้เกิดปฏิกิริยา ต่อการ ทดสอบ หรืออาจเป็นเพราะผู้ช่วยให้

ประวัติไม่แน่นอน. ผู้รายงานได้ให้ข้อสังเกตว่า เทคนิค ของการฉีดยาทดสอบ และจำนวนยาต้องให้เหมือน ๆ กันเพื่อการแปลผลผลึกไป.

บุญเจือ ธรณินทร์ พ.บ.

๗. Shepard, M.C., C.E. Alexander, Jr., C.D. Lunceford, P.E. Campbell:

บทความของ T- สะเทรน มัยโคพลาสมา ในโรคหลอดขั้วสภาวะอักเสบที่ไม่ใช่โกโนค็อกคัส. โรค V.D. ททก? J.A.M.A. 1964, 188:729.

คณะ ผู้รายงาน ได้ทำการ ศึกษา ผู้ป่วย โรคหลอดขั้วสภาวะอักเสบ ที่ฐานทโพเวอ อเมริกันไน ฟิสิกส์ ได้พบว่าในจำนวน ผู้ป่วย ๒๐๓ ราย เป็น โคโนเรื้อย อย่าง เดียว ๑๑๗ ราย, เป็น โคโนเรื้อย ร่วมกับ มัยโคพลาสมา (PPLO) และ "L" organism ๒๒ ราย, และ ๖๔ ราย ไม่ใช่ โคโนเรื้อย, ซึ่ง ๓๓ ราย ร่วมกับ T- สะเทรน มัยโคพลาสมา. ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย เพนิซิลลิน, เตตระซัยคลิน หรือ อ็อกซัยเตตระซัยคลิน และ ฆลอร์แอมเฟนิคอล. พบว่า ๘๐.๗ ปร. หายด้วย เพนิซิลลิน, และผู้ป่วยที่มี T- สะเทรน

มัยโคพลาสมา ๑๘ ราย รักษาหายด้วย เตตระซัยคลิน (๕๐๐ มก. ทก ๖ ชม. นาน ๕ วัน) ๑๗ ราย.

ในผู้ป่วยหญิง ๑๐๐ คน ที่มีประวัติ การร่วมทางเพศกับทหารอเมริกันที่บริเวณ ฐานทัพกิ่งกล่าว. ตรวจพบมี T- สะเทรน มัยโคพลาสมา ๖๑ ราย และพบ โคโนค็อกคัส ๓๐ ราย. ผู้รายงานได้พิจารณาว่า ผลที่ได้จากการศึกษาข้างนี้ไม่ดีพอ, เพราะ จำนวนผู้ป่วยที่รวบรวมมาได้ยังไม่ค่อยพอ และ มีผู้ป่วยหลายรายที่มีโรคซ้อนกันถึง ๒-๓ โรคในผู้ป่วยคนเดียวกัน. แต่ก็พอสรุปได้ว่า PPLO อาจเป็นสาเหตุอีกอันหนึ่งที่ทำให้ เกิดโรคหลอดขั้วสภาวะอักเสบได้. และยา ที่ใช้ได้ผลดีสำหรับเชอไน ได้แก่ เตตระซัยคลิน.

อิทธิพันธ์ เจริญผล พ.บ.

๘. Steele, J.D.: โซลิตารี โนคูล ใน ปอด. J. Thoracic Cardiovas. Surg. 1963,46:21.

การศึกษา โซลิตารี โนคูล (ขนาด เส้นผ่าศูนย์กลาง ๖ ซม. หรือต่ำกว่า) ที่ ตัดออกมาจากปอดของผู้ป่วยชาย ๘๘๗ คน ที่ไม่เคยมีอาการเลย พบว่า ๔๗๔ ราย

เป็น แกรนโลมา, ๓๑๖ ราย เป็นมะเร็ง (๒๖ ราย แพร่กระจายมาจากท่อน), ๖๕ ราย เป็น ซามาร์โทมา, ๒๓ ราย เป็น โรคชนิดอื่น ๆ และ ๕ รายเป็นเนื้องอกของ เยื่อหุ้มปอด และของผนังทรวงอก. ๕๖% ของก้อนในผู้ป่วยที่มีอายุ สูงกว่า ๕๐ ปี ปรากฏว่าเป็นมะเร็ง. การตรวจทางรังสี พบเงาหินปูนเรียงซ้อนกันเป็นชั้นอย่างหนา แน่นในเงาโนดูล เป็นปรากฏการณ์อย่าง เดียวเท่านั้นที่ช่วยวินิจฉัยว่ารอยโรคนั้นไม่ใช่มะเร็ง. แต่การศึกษาภาพรังสีของผู้ป่วย ที่เป็นมะเร็งของปอด ๒๘๐ ราย ยังพบว่า ๑๐ ราย หรือ ๓.๖๑%. แสดงเงาหินปูน อยู่ด้วย.

ผลการศึกษานี้ จึงยืนยันความเห็น ทั่วว่า โซลิตารีรี โนดูล ในปอดทกรายควร จะต้อง ตัดออกมา เพื่อวินิจฉัย ให้แน่นอนว่า เป็นมะเร็งหรือไม่.

ทวิ บุญโชติ พ.บ.,

Dipl. Amer. Bd. Radiol.,

๕. Figiel, L.S., S.J. Figiel, A. Hennessey:

อุบัติการณ์ความผิดปกติในการวินิจฉัยมะเร็ง ของลำไส้ใหญ่ โดยการตรวจทางรังสี. Amer. J. Gastroenterol. 1963, 40 : 487.

การศึกษาผู้ป่วยที่มีมะเร็งของลำไส้ ใหญ่ซึ่งไม่รวมของ เร็คคัม จำนวน ๑๓๗ คน ระหว่างปี ๑๙๕๖ - ๑๙๖๐ พบว่า การวินิจฉัยโรคทางรังสีวิทยา มีความแม่นยำ ถึง ๙๘.๕ %. แต่ในขณะเดียวกัน รายงานในนิตยสารแพทย์อื่น ๆ แสดงความ ผิดพลาดในการวินิจฉัยโดยวินิจฉัยประมาณ ๑๐ %. ผู้รายงานจึงเน้นถึงความสำคัญ ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนการตรวจ อย่างน้อย ๒๔ ชม. ซึ่งได้แก่การให้อาหารเหลวที่ ไม่มีกาก, การให้น้ำมันละหุ่ง, การล้าง ลำไส้, และอื่น ๆ. นอกจากนี้ยังแนะนำ การถ่ายภาพรังสีโดยถ่ายในห้องมืด, ให้ กศบริเวณที่ถ่ายภาพ และใช้เทคนิค ไฮโซท์ เค.วี. การถ่ายหลาย ๆ ทำช่วยให้ได้ผล การวินิจฉัยแน่นอนขึ้น.

ทวิ บุญโชติ พ.บ.,

Dipl. Amer. Bd. Radiol.

๑๐. Nadas, A.S., R. Gamboa, P.G.

Hughenoltz : หลอดเลือดแดงโคโรนารีรัย ซ้ายออกจาก หลอดเลือดแดง พูลโมนารีรัย.

Circulation 1964, 29 : 167.

เด็กผู้ป่วยสองคน มีหลอดเลือดแดง โคโรนารีรัย ซ้ายซ้ายออกจากหลอดเลือด

แดง พลุโมนารีย์ แทนที่จะออกจากเอออร์ตา. การผ่าตัดโดยตัดและผูกหลอดเลือดแดง โคโรนารีย์ ซ้ายซ้าย ทำให้เกิดคนหนังมีอาการคิซัน แต่อกคนหนังเสียชีวิต. ในรายหลัง อ. เค. จี. ขณะผ่าตัด แสดง Elevation ของ RS-T เซ็กเมนต์ ซึ่งบ่งว่ามี การตายของ กล้ามเนื้อหัวใจอย่าง ชั่วขณะ.

ผู้รายงานอธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่า ในผู้ป่วยพวกนี้มีการไหลเวียนเลือดเป็นสองแบบ. แบบหนึ่งเรียกว่า อะคัลด์ ทายป์ คือ มีวงจรถูกคอดลลาเทอร์ล ระหว่างหลอดเลือดแดง โคโรนารีย์ ทั้งสองข้างเพียงพอ. พวกนี้หลอดเลือดแดงจาก เอออร์ตา จะไหลผ่านหลอดเลือดแดง โคโรนารีย์ ขวาเข้าสู่หลอดเลือดแดง พลุโมนารีย์ จึงจัดว่ามีทางไหลกลับจากซ้ายไปขวา. ผู้ป่วยแบบนี้ ถ้าได้รับการรักษาโดยการผูก และ ตัด หลอดเลือดแดง โคโรนารีย์ ซ้ายจะช่วยทำให้หลอดเลือดแดงไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วน เวนทริเคิล ซีกซ้ายคิซัน เพราะแรงดัน เปอร์ฟิวชัน เพิ่มขึ้น. จากการที่มีวงจรถูกคอดลลาเทอร์ล นี้ ผู้ป่วยจึงอาจรอดชีวิตมาจนได้. การวินิจฉัยอาศัยการสวนตรวจ

หัวใจ, การเจาะจางส์ และ แองจิโอคาร์ดิโอแกรม. แบบที่สองเรียกว่า อินแฟนไตด์ ทายป์ ซึ่งมีวงจรถูกคอดลลาเทอร์ล ยังไม่เจริญเพียงพอ. กล้ามเนื้อหัวใจส่วน เวนทริเคิล ซีกซ้ายจะได้รับเลือดค้ำจากหลอดเลือดแดง พลุโมนารีย์ โดยผ่านหลอดเลือดแดง โคโรนารีย์ ซ้าย. ผู้ป่วยมักมีภาวะหัวใจล้ม, มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจทางผนัง ด้านหน้า และ ซ้าง (Antero-lateral Myocardial Infarction) และเสียชีวิตตั้งแต่อายุน้อยๆ. ผู้ป่วยเหล่านี้ เมื่อเบื่อกตรวจออกจะพบเลือดในหลอดเลือดแดง โคโรนารีย์ ซ้ายเป็นสำคัญ แทนที่จะเป็นสีแดงอย่างพวกแรก, และถ้าได้รับการตัดและผูกหลอดเลือดแดง โคโรนารีย์ ซ้ายก็จะเกิด อินฟาร์คชันของกล้ามเนื้อหัวใจทันทีเหมือนอย่างผู้ป่วยรายที่สองในรายงานนี้. การทำขั้วพาสส์ ระหว่างวงจรถูกคอดลลาเทอร์ลไปยังหลอดเลือดแดง โคโรนารีย์ ตามวิธีของ บลาโลคค์ ที่ใช้ในการรักษา เตะระโลยัย ของ ฟัลโลต์ หรือการทำ แบนคิงก์ หลอดเลือดแดง พลุโมนารีย์ อาจช่วยได้.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ พ.บ.

๑๑. Datey, K.K., V.N. Pandya :  
อัลฟา เมธิลโทปา รักษาโรคความดัน  
เลือดสูง. *Angiology* 1965, 16 : 155.

ผู้รายงาน ได้ทดลองใช้ยา อัลฟา เมธิลโทปา รักษาผู้ป่วยที่มีความดันเลือดสูงระหว่าง ๑๗๕/๑๐๐-๒๐๐/๑๖๐ มม.ปรอท ๓๕ ราย, และได้สรุปว่ายานี้ มีฤทธิ์ลดความดันเลือดอย่างปานกลาง. ผลปรากฏว่า การรักษาทำให้ความดันเลือดลดลงเฉพาะในท่านอน ๕ ราย, ทั้งในท่านอนและลุกยืนมากขึ้นในท่านอน ๑๕ ราย, ลดลงในท่านอนเท่านั้น ๘ ราย, และไม่ได้ผล ๒ ราย. พบฤทธิ์ข้างเคียงของยามากน้อยตามลำดับดังนี้ : ง่วง, ปากแห้ง, อ่อนเพลีย, ท้องผูก, เบื่ออาหาร, อาการนอนกรนน้อย.

ในรายงาน มีการบรรยายและวิจารณ์ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยานี้ รวมทั้งการค้นคว้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยด้วย.

ดำรง เพ็ชรพลาบ พ.บ., M.S.

๑๒. Menon, N.K. : ลักษณะภาพรังสี  
ในโรคบิดตัวร่วมปอด. *Dis. Chest* 1964,  
46 : 219.

จากการทบทวนภาพรังสี ทรวงอกผู้ป่วย

โรคบิดของตัวร่วมปอด ๑๒ ราย ซึ่งผู้รายงาน  
อ้างว่าไม่มีเหตุแทรกซ้อนทางเยื่อหุ้มปอด.  
ได้ผลสรุปดังนี้ :

ภาพด้านตรง (พี.เอ.) : แสดงลักษณะ

เช่น ๓ แบบด้วยกันคือ : แบบที่ ๑  
เป็นเงาทึบเนื้อเคียวรูปยอดโค้ง, ซึ่งมีฐาน  
ซ้อนทับค้ำแนวโค้ง ของ กระบังลม ซีกขวา.  
เงาแยกจากตัวได้ โดยที่เงาทึบที่ทึบกว่า.  
แบบที่ ๒ เป็นเงาขอบขรุขระคลุมอยู่บน  
แนวโค้งกระบังลมซีกขวา, แยกไม่ออกจาก  
เงาตัวข้างล่าง. แบบที่ ๓ เป็นเงาทึบ  
เล็ก ๆ รูปสามเหลี่ยมอยู่ในมุม คอัสโต-  
เฟรนิก และ/หรือ คาร์ทีโอเฟรนิก.

ภาพด้านข้าง (ลาเตอร์ล) : ไม่มี

ลักษณะจำเพาะแต่ช่วยแสดงตำแหน่ง รอย  
โรคในปอดกลีบต่าง ๆ, เช่นในรายงานนี้  
พบรอยโรคอยู่ในปอดกลีบล่างขวา ทั้งกลีบ  
๓ ราย, อยู่ใน เบซัล เซ็กเมนต์ ทั้งหมด  
๓ ราย, เฉพาะใน เบซัล เซ็กเมนต์ ส่วน  
ใกล้หน้าและใกล้ข้าง ๓ ราย, และส่วน  
ใกล้หน้าและใกล้หลัง ๑ ราย.

หมายเหตุของผู้ย่อ : แพทย์ไทยเคยรายงาน

งานการศึกษาลักษณะภาพรังสีวิทยา ในผู้  
ป่วยโรคบิดของตัวร่วมปอดทั้งแบบที่ ไม่มี เหตุ

แทรกซ้อนและทิ่มแทงแทรกซ้อนทางเยื่อหุ้มปอด และในปอดไว้หลายครั้งดังนี้:

- (๑) ตรีณสุต, จ. : วิทยานิพนธ์ เพื่อ  
ปริญาแพทยศาสตรศึกษาบัณฑิต ๑๙๕๑  
หน้า ๕๕ (๒) กังสกาลย์, ป. และ ส.  
ทัศนันทน์ : สารศิริราช ๑๙๕๒, ๔ :  
๕๘๓, (๓) ทัศนันทน์, ส. : สารศิริราช  
๑๙๕๖, ๘ : ๓๗๗. (๔) ขุนนาค,

ทวินสุวรรณค์ กัษณะ : Proc, 9th. Pacific  
Science Congress 1957, Vol. 17, 1962,  
p. 450 (Abstract) และ Amer. J. Roent-  
genol. 1958, 80 : 324. (๕) วงศ์โรจน์,  
ส. : เวชสาร ๑๙๕๘, ๗ : ๑๑๔.  
(๖) บวรกิตติ, ส. กัษณะ : วชิร เวชสาร  
๑๙๖๒, ๖ : ๑๒๘.

สมชัย บวรกิตติ พ.ด.

#### การส่งเงินค่าบำรุง

๑. โปรดเขียนชื่อและนามสกุลให้ชัดเจน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารศิริราช
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

## ปฏิกิริยา

### ๑. เหตุใดหญิงจึงอายุยืนกว่าชาย

นับแต่ปี ค.ศ. ๑๙๕๕ เป็นต้นมา นักชีววิทยา, รวมทั้งนักพันธุศาสตร์และแพทย์ได้ยอมรับกันทั่ว ๆ ไปว่าคนเราเมื่อผ่านระยะผสมเชื้อชายหญิงแล้ว, จะเกิดเป็นชายหรือหญิงก็แล้วแต่ โครโมโซมเพศสองตัว, คือ เอ็กซ์ และวาย, ซึ่งมีหน้าที่เป็นตัวตัดสินใจเพศ. ถ้าเป็นชายก็มีทั้ง เอ็กซ์ และวาย อย่างละหนึ่งตัว. ถ้าเป็นหญิงก็มี เอ็กซ์ สองตัว (XX). จำนวนสอง เอ็กซ์ ถือว่าเป็นเรื่องของปริมาณโดยตรง, คือถ้าจะเทียบกันของใช้ก็คล้ายกับว่าเรือยนต์ลำเดียวกันถ้าใช้สองเครื่องก็มีกำลังแรงมากกว่าใช้เครื่องเดียวหนึ่งเท่าตัว.

เรื่อง โครโมโซม เอ็กซ์ และวาย ของคนเรานอกจากมีหน้าที่เป็นตัวตัดสินใจเพศแล้ว, มันจะมีหน้าที่อะไรอีก, เป็นที่น่าเสียดายที่มีผู้นับน้อยมาก. สำหรับ โครโมโซม เอ็กซ์ พกทรายข้างเล็กน้อย. เช่น มี ยีน ผกพันกัมเพศ (Sex linked genes) บางอย่างอยู่ตามช่องของ โครโมโซม เอ็กซ์, เช่น ยีน สำหรับ ฮีโมฟีเลีย, คา

บอลล์, โรคประสาทตาผ้อเหียว (Leber's disease), อิมรัยโฮลีส, ฮัยโปแกมมาโกลบูลินเมีย, กล้ามเนื้อผ้อล็บ (Duchenne's disease), โอคลาร์ อัลบีนิสซึม, โรคเบาโรค, เรตโนคิส พิภพเนินโคซา, ฯลฯ.

สำหรับ โครโมโซมวาย ยังมีคนรู้น้อยยิ่งไปกว่า. เมื่อประมาณยี่สิบสามสิบปีก่อนมีเอกสารเกี่ยวกับ ยีน ที่ผกพันกัมวาย, เช่นเรื่อง "มนุษย์, เม่น" (Porcupine Man) ผู้ซึ่งมีหนามและมีขนแข็งยาวประมาณหนึ่งนิ้วเกือบทั่วตัว, กับเรื่อง "คนคั่นเข้ด" (Webbed toes) เป็นระหว่างนิ้วที่สองและที่สาม. แต่เดี๋ยวนี้เขาได้พิสูจน์แล้วว่าไม่เกี่ยวกับ โครโมโซมวาย. ยิ่งนานเขาก็ยังมีผู้สงสัยหน้าที่ของ โครโมโซมวาย มากขึ้นทุกที. การที่จะเป็นผู้ชายจำเป็นต้องมี โครโมโซมวายด้วยหรือ. ถ้าไม่มีคนนั้นจะเป็นผู้ชายได้ไหม. ในแมลงหวี่ (Drosophila) ขางชนิด, ตัวผู้มี โครโมโซมเพศแบบ เอ็กซ์โอ, ไม่มี โครโมโซมวายเลย.

การที่ โชมโชม วาย เป็นตัวตัดสินเพศ  
 นั้นเป็นการพิสดารในหน, ไม่ใช่ในคน. อาจ  
 มีปัจจัยหนึ่งหรือหลายปัจจัยอื่นที่ยังคนไม่  
 พยซึ่งมีหน้าที่เป็นตัวตัดสินเพศในผู้ชาย.  
 นักพันธุศาสตร์บางคน, เช่นฟอร์ด<sup>(1)</sup>  
 เขียนรุนแรงไปหน่อยที่ว่า โชมโชม  
 วาย ของคนไม่มีหน้าที่เป็นตัวตัดสินเพศ.  
 ผู้เขียนเข้าใจและคาดคะเนเอาเองว่าตัว  
 โชมโชม เอ็กซ์ สองตัวของหญิงนั้น  
 ไปควบคุมให้หญิงมีลักษณะนิสัยใจคอต่าง  
 ต่างไปจากชาย. นอกจากนั้นยังมีอิทธิพล  
 เหนือ ออโตโซม ทั้งหมดหรือเกือบทั้ง  
 หมด, ทำให้เกิดความคงทนต่อสิ่งแวดล้อม  
 ล้อมทกชนิด, รวมทั้งโรคภัยไข้เจ็บและ  
 การคัดเลือกโดยธรรมชาติด้วย<sup>(2)</sup>. ทั้งนี้  
 ไม่นับภาวะจำเป็นตามธรรมชาติบางอย่างที่  
 เกิดกับหญิง, เช่นเวลาที่มระกหรือเวลาตั้ง  
 ครรภ์. ทั้งนี้ชายผู้ซึ่งมี โชมโชม  
 เอ็กซ์ ตัวเดียวจึงมีความคงทนต่อสิ่งแวดล้อม  
 ล้อมดังกล่าวน้อยกว่าหญิงหนึ่งเท่าตัว. ผู้  
 เขียนไม่ได้พูดถึง ฮอร์โมน ที่ได้มาจาก  
 ต่อมเพศ, เพราะเห็นว่าต่อมเหล่านั้นถึงแม้  
 จะมีความสำคัญมากแต่ก็ยังมีอิทธิพลต่อ  
 ร่างกายน้อยกว่า โชมโชม เพศ. ยก  
 ตัวอย่างถ้าเขาจะหาเพศที่แท้จริงของพวก

“กะเทย” (เพศร่วม) เขาจะค้นคว้า โชม-  
 โชม เพศหรือ โชมมาติน เพศมาก  
 กว่า.

ด้วยประการฉะนี้, เมื่อคนเราอายุ  
 มาก ๆ เข้า, ฝ่ายชายจึงได้ถึงแก่กรรมไป  
 ก่อนหญิง. ไม่ใช่เพราะว่าฝ่ายชายต้องไป  
 ทำงานนอกบ้านมากกว่าหญิงจึงได้เผชิญ  
 ต่อสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะต่อชีวิตของเขา  
 มากกว่าหญิง. ข้อนี้อาจจะจริงสำหรับชาย  
 หญิงที่อยู่ในเมืองหลวง. ในต่างจังหวัดมัน  
 เป็นคนละเรื่อง. ในชนบทหญิงออกไปทำ  
 งานนอกบ้าน, เช่นทำนา, ทำสวน, วิชา  
 น้า, ชุกดิน, ทำถนนมากพอ ๆ กับชาย.

ชายนั้นนอกจากมี โชมโชม เอ็กซ์  
 เพียงตัวเดียวแล้ว, ก็ยังมี โชมโชม  
 วาย อีกตัวหนึ่งซึ่งได้กล่าวมาแล้ว. ใน  
 เวลานั้นเขาเชื่อกันว่านอกจากมันมีหน้าที่ทำ  
 งานน้อยที่สุดแล้ว, พอชายอายุมาก ๆ  
 เข้า, ประมาณ ๕๐ ปีขึ้นไป, โชมโชม  
 วาย ก็ทำงานน้อยเข้าทุกที. จนกล่าวได้  
 ว่าเกือบไม่ทำงานเลย, คือคล้าย ๆ กับว่า  
 มันปล่อยไปเอง. จึงทำให้ชายมีอายุสั้นกว่า  
 หญิง. มีสถิติการสำรวจพลเมืองปี ๒๕๐๓  
 ดังต่อไปนี้: (3)

อายุ ปี	จำนวนชาย	จำนวนหญิง	รวมทั้งชายและหญิง
๕๐ — ๕๔	๔๐๑,๖๓๕	๔๑๐,๓๕๔	๘๑๑,๙๘๙
๕๕ — ๕๙	๓๒๑,๖๒๕	๓๒๕,๐๔๑	๖๔๖,๖๖๖
๖๐ — ๖๔	๒๒๘,๕๗๑	๒๔๔,๕๘๕	๔๗๓,๑๕๖
๖๕ — ๖๙	๑๔๕,๐๐๐	๑๖๓,๖๐๐	๓๐๘,๖๐๐
๗๐ ขึ้นไป	๑๗๗,๓๓๘	๒๔๔,๗๑๗	๔๒๒,๐๕๕

จะเห็นได้ชัดว่าคนไทยเมื่ออายุมากเข้า, จำนวนหญิงที่ยังมีชีวิตอยู่ก็ยิ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าชายเข้าทุกที. สถิติประเภทนี้เหมือนกันหมดทุกประเทศที่มีมาตฐานการสาธารณสุขได้เช่นกัน. ในประเทศที่มีการสาธารณสุขขั้นดีเยี่ยม, จำนวนหญิงที่มีอายุยืนกว่าชายก็ยิ่งเพิ่มขึ้น.

นอกจากนี้, ชายที่มีอายุสูงประมาณ ๕๕ - ๖๐ ปี ขึ้นไปส่วนมากมีการเปลี่ยนแปลงนิสัยใจคอไปทางหญิงมากขึ้นทุกที, เช่น :

๑. กลายเป็นคนขี้ขลาด, ใจฟูจิก, ซึ่งเมื่อก่อนหนุ่ม ๆ เกือบไม่มีเลย.
๒. การแต่งตัวก็พิถีพิถันมากขึ้น. ในตอนหนุ่ม ๆ ใช้เวลาแต่งตัว ๑๐ - ๑๕

นาทีก็เสร็จ. แต่พอสูงอายุเข้า, ใช้เวลาแต่งตัวเป็นชั่วโมง.

๓. ขยอกได้ และชอบดูของสวยงามมากขึ้น, เช่นดอกไม้สวย ๆ, หรือชอบดูการประกวดนางงาม. ความจริงคนหนุ่ม ๆ ก็ชอบดูเหมือนกันแต่ถือว่าเป็นของธรรมดาในอายุนั่น.

๔. มีความเขินหวังในเรื่องครอบครัวมากขึ้น, ฯลฯ.

(เรียบเรียงจาก (1) Ford, E.B.: Mendelism and Evolution, 1957, Methuen & Co. Ltd., London. (2) Fisher, R.A.: The Genetical Theory of Natural Selection, 1959, Dover, N.Y. (3) Thailand Population Census, 1960, Central Statistical Office, Bangkok.)

สมศักดิ์ พันธุ์สมบูรณ์ พ.บ., Ph.D.

## ๒. คติประกอบโรคศิลป์โดยประมาท

โจทก์รักษาตัวในโรงพยาบาล เช่นค้อ-  
อลยานส์ ในนิวยอร์กในปี ๑๙๔๔. แพทย์  
ได้ใช้สีกัมมันตภาพรังสี (อัมบราซอร์) ใส่  
เข้าไปในโพรงกระดูกของโจทก์เพื่อถ่ายภาพ  
รังสี. ในปีต่อมา โจทก์ไปรักษาตัวที่โรง  
พยาบาลทหารผ่านศึก ในฟิลาเดลเฟีย  
เนื่อง จากรู้สึกไม่ ปกติใน โพรงกระดูก.  
ประวัติ การเจ็บป่วย ของ โจทก์ ได้ถูกส่งมา  
จากโรงพยาบาล เช่นค้ออลยานส์ ตั้งแต่แรก  
ที่โจทก์ย้ายมารับการรักษา. แต่แพทย์ที่  
ทำการรักษาก็มิได้สนใจต่อประวัติคดีของ  
โจทก์, โดยคิดว่าสีที่ข้แสงที่โจทก์ได้รับ  
เป็นน้ำมันเข้าไอโอไดต์ (ลิขี ไอคอลล) ที่  
ใช้กันทั่วไป. แต่ปีต่อมา ก็มีการสอบ  
ประวัติ ของโจทก์เพื่อ คัดเงิน ชาติใช้การเจ็บ  
ป่วยของโจทก์. แพทย์ผู้ทำประวัติทราบว่า  
สารทึบ แสงที่ฉีด เข้าใน โพรง กระดูก ของ  
โจทก์เป็นสีกัมมันตภาพรังสี, แต่ก็มีได้  
แจ้งแก่แพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ช่วยให้ทราบ.  
โจทก์ได้ ไปรับ การรักษาที่ โรง พยาบาลนี้  
อยู่ตลอดเวลา, หลายครั้งหลายคราว.  
จนกระทั่งอีก ๓ ปีต่อมา (๑๒ ปีหลังจาก  
ได้รับการฉีดสารกัมมันตภาพรังสี) โจทก์

ไปถอนฟันและแพทย์ได้ตรวจเนื้อที่รากฟัน  
พบว่าโจทก์เป็นมะเร็ง. ทำให้โจทก์ต้อง  
ได้รับการผ่าตัดอย่างมากมาย.

ข้อเท็จจริง ปรากฏต่อไปอีก ว่าตั้งแต่ปี  
๑๙๓๐ เป็นต้นมา, สารกัมมันตภาพรังสี  
ที่ใช้กับโจทก์นั้นเป็นท่งสยกันว่ามีฤทธิ์ทำ  
ให้เกิดโรคมะเร็งได้หรือไม่. แต่ในปี  
๑๙๔๐ ก็มีการค้นคว้าวิจัยและรายงาน  
ยืนยันว่าสารดังกล่าวมีลักษณะเป็น คาร์-  
ซิโนเจน.

ศาล มีความ เห็นว่า แพทย์ ควรจะ ใช้  
ความระมัดระวัง อันตราย ซึ่งอาจจะ เกิดกับ  
โจทก์ผู้ซึ่งได้รับการฉีดสีดังกล่าวอยู่เสมอ  
และควรจะเตือนโจทก์ในเรื่องนี้ด้วย. การ  
กระทำ ของ แพทย์ ซึ่ง เป็น เจ้า หน้า ที่ของ  
รัฐบาลสหรัฐอเมริกาในคดีนี้ (โรงพยาบาลทั้ง ๒  
แห่งเป็นโรงพยาบาลของกองทัพเรือ) ศาล  
เห็นว่าไม่ได้มาตรฐานของการประกอบโรค  
ศิลป์. (ตามกฎหมายไทยอาจจะกล่าวได้  
ว่าเป็นการกระทำโดยปราศจากความระมัด  
ระวังตามวิสัยและพฤติการณ์ของแพทย์  
ทั่วไปที่อยู่ในภาวะเช่นนั้นควรจะทำ, อัน  
นับว่า เป็นการ กระ ทำ โดย ประ มาท ตาม

กฎหมายไทย.— วิทย.) ดังนั้นศาล  
 คำบัลของสหรัฐในพื้นซิลวาเนียจึง  
 พิพากษาว่าเจ้าหน้าที่ของรัฐกระทำละเมิด  
 ต่อโจทก์, ให้รัฐบาลสหรัฐชดใช้เงิน  
 จำนวน ๗๒๕,๐๐๐ เหรียญแก่โจทก์,  
 โดยศาลคำนวณจากรายได้ประจำปีของ  
 โจทก์คูณด้วยจำนวนปีที่โจทก์อาจมีชีวิต  
 ยืนยาวต่อไป ถ้าไม่เย็นมะเร็ง, ได้  
 ๑๗๒,๐๕๐ เหรียญ. ส่วนที่เกินจาก  
 ศาลให้เป็นค่าความทุกข์ทรมาน, ความ  
 ไม่สะดวกนานปีการที่เกิดกับโจทก์ ตลอดจน  
 ทุนการเลี้ยงชีพของโจทก์. คดีนี้เป็น  
 คดีประกอบโรคศิลปะโดยประมาทที่ศาลให้  
 ค่าเสียหายมากที่สุดเป็นประวัติการณ์ของ  
 สหรัฐ. ต่อมาปรากฏว่ารัฐบาลสหรัฐ  
 ได้ตกลงชดใช้ค่าชดใช้ลง ๒๐๐,๐๐๐  
 เหรียญโดยไม่มีการอุทธรณ์ซึ่งโจทก์ก็ตก  
 ลงด้วย. ทั้งนี้เพราะรัฐบาลเห็นว่าการ  
 อุทธรณ์เพื่อให้ศาลส่งค่าชดเชยลงเป็น  
 จำนวนมากนั้นมีโอกาสน้อยเหลือเกิน.

คดีนี้มีข้อที่น่าสนใจอยู่บางประการ,  
 ดังต่อไปนี้:

๑. แพทย์ที่กระทำการฉีดยาแกมมัน  
 ตาฟรังสัน, จะรู้ถึงอันตรายที่จะเกิด  
 ขึ้นหรือไม่ก็ตาม, เมื่อควรจะได้รู้แล้วไม่  
 รู้, ศาลก็ถือว่าประมาทและต้องรับผิดชอบ.

๒. ในกรณีที่ผู้ช่วยไม่ได้อยู่ในความ  
 ดูแลของแพทย์, ภายหลังที่ทราบว่า  
 ปฏิบัติต่อผู้ช่วยไปนั้นอาจเกิดอันตรายได้,  
 เช่นนั้นแพทย์จะต้องรับผิดชอบหรือไม่. ในคดีนี้  
 ศาลมิได้กล่าวไว้. แต่อย่างน้อยแพทย์จะ  
 จะต้องพยายามที่จะติดตามคนไข้, และ  
 ควรจะได้มีหลักฐานแห่งการติดตามนั้น  
 เพื่อแสดงว่าตนได้พยายามที่จะช้ชีวิตอัน  
 ตรายที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้ช่วย.

๓. อายุความฟ้องคดีละเมิดในสหรัฐ  
 ได้กำหนดไว้แตกต่างกัน. โดยทั่วไป  
 กำหนดเพียง ๑-๓ ปี. การนับอายุความ  
 ก็แตกต่างกันออกไป, คือส่วนมากนับ  
 จากเริ่มกระทำประมาท. แต่บางรัฐนับจาก  
 การรักษาสันต์, และก็มีบางรัฐเริ่มนับ  
 ตั้งแต่ผู้ช่วยได้ทราบถึงการกระทำโดย  
 ประมาทนั้น.

หมายเหตุ ในกฎหมายไทยอายุความ  
 ฟ้องร้องในคดีละเมิดนั้นได้กำหนดไว้เป็น

๓ ตอน, คือ:  
 ก. หนึ่งนับแต่วันที่ได้รับรู้ถึงการ  
 ละเมิดและรู้ตัวผู้จะพึงต้องใช้ค่าสินไหม  
 ทดแทน.

ข. สืบค้นข่าวด่วนทำละเมิด.

ค. ถ้าการละเมิดนั้นเป็นผลจากการกระทำผิด อาญาซึ่งมีอายุความ ยาวกว่า การนับอย่างสองประการแรก, ก็ให้ถืออายุความตามคดีอาญา (มาตรา ๕๕๘

ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์).

(จาก Chayet, N.L.: New Eng. J. Med. 1965, 272:35.)

วิฑูรย์ อังประพันธ์ พ.บ., น.บ.  
(หน่วยนิติเวชวิทยา)

### ๓. การวิเคราะห์สาร “พาราไรออน”

การตรวจวิเคราะห์สาร พาราไรออน ในตัวอย่าง ตรวจที่ได้จากผู้ป่วย หรือ ในอวัยวะที่ได้จากผู้ตายเนื่องจากพิษสาร พาราไรออน, มีประโยชน์เป็นอย่างมากในแง่ของการวินิจฉัยโรค, การพยากรณ์โรค, และการวินิจฉัยเหตุตาย. ในประเทศเรามีผู้ป่วยที่ถูกพิษสาร พาราไรออน เป็นจำนวนมาก มีสาเหตุทั้งที่เป็นอุบัติเหตุ, การฆ่าตัวตายและการวางยา. การที่จะยืนยันว่าการถูกพิษหรือการตายในรายใดเกิดจากพิษสาร พาราไรออน เป็นหน้าที่ของห้องปฏิบัติการทางพิษวิทยา. (อาจจะเป็นห้องปฏิบัติการเอกเทศหรือรวมอยู่กับหน่วยอื่น) แต่ห้องปฏิบัติการทางพิษวิทยาส่วนใหญ่มีเครื่องมือเครื่องใช้สนับสนุนการวิเคราะห์ไม่ครบ. ผลการตรวจวิเคราะห์ที่ถูกต้อง

จะได้มาจากหลายวิธียืนยันตรงกัน. ในที่นี้จึงรวบรวมวิธีการตรวจวิเคราะห์สาร พาราไรออน หลาย ๆ วิธีไว้เพื่อจะได้เลือกใช้ให้เหมาะแก่ขีดความสามารถของแต่ละห้องปฏิบัติการ.

#### การแยกสาร พาราไรออน จากตัวอย่างตรวจ

วิธีที่เสนอนี้ได้ทดลองทำแล้วเห็นว่าไม่ยาก, และน่าเชื่อถือในการสกัดก็หาได้ง่ายตามห้องปฏิบัติการทั่ว ๆ ไป.

ในการสกัดจากอวัยวะ, ใช้อวัยวะประมาณ ๕๐ กรัม, บดปนกับ เอธิลอัลกอฮอล์ (๘๖ ปร.) ๒๐๐ ล.ซม. และนำกลั่น ๑๐๐ ล.ซม. ส่วนเหลือ, บัสสวาระ และของที่ได้จากกระเพาะอาหารหรือลำ

ได้, สกัดด้วย เฮรียัลอัลกอฮอล์ (๕๖ ปร.) โดยตรง, ไม่ต้องเติมน้ำเพื่อให้ได้ ความเข้มข้นของ อัลกอฮอล์ ๗๐ ปร. ส่วน ผสมของอวัยวะหรือเลือดที่ได้ทำให้เป็น กรดด้วยกรด คาร์ตาริก. แล้วหมักทิ้งไว้ ๒๔ ชั่วโมง. กรองและระเหย อัลกอฮอล์ จนเหลือ เป็น ยาง เหนียว. ละลายยาง เหนียว ๆ ที่ได้ด้วย เฮรียัลอัลกอฮอล์ ๕๖ ปร. กรองและระเหยจนแห้งอีก. ของที่ได้ จากการระเหยนำไปละลายในน้ำยาของ กรด คาร์ตาริก ๒๐ ล.ซม. และสกัด ด้วย บัโทรเลียมอิเธอร์ ๓๐ ล.ซม. ๓ ครั้ง. บัโทรเลียมอิเธอร์ ที่ไ้รวมกันระเหย จนแห้ง. แล้วละลายของที่ได้จากการ ระเหยครั้งสุดท้ายนี้ด้วย อัลกอฮอล์ ๕๖ เปอร์เซนต์ และล้างออกทั้งหมดได้ในขวด วัคปริมาตรขนาด ๑๐ ล.ซม.

วิธี ตรวจ และ วิเคราะห์ ปริมาณ ของ “พาราไอออน”

๑) การตรวจโดยวิธีเคมี

ก. วิเคราะห์ “พาราไนโตรฟินอล” อย่างง่าย ๆ. สาร พาราไนโตรฟินอล เกิด จากการ ฮัยโครลีส พาราไอออน ที่ พิเศษ. ประมาณ ๘.๕, โดยใช้ น้ำยา

อัลกอฮอล์ ที่สกัดได้จำนวน ๒ ล.ซม., เติม โซเดียม ฮัยดรอกไซด์ (๑๕ ปร.) ๐.๒ ล.ซม. น้ำยาจะเปลี่ยนเป็นสีเหลือง.

ข. การตรวจโดยทำให้เกิดสี (วิธี ของ เฮเวร์ลด์ และ นอร์วิส). นำเอา อัลกอฮอล์ ที่ได้จากการสกัดแยกจำนวน ๒.๕ ล.ซม. ผสมน้ำกลั่น ๒ ล.ซม. และ เติม สังกะสีซินิกเมต ๐.๕ กรัม. อุณหภูมิ ในน้ำเดือดพร้อมกันกับเขย่าเบา ๆ ประมาณ ๕ นาที. นำมากรองส่วนที่กรองได้เติม โซเดียมไนไตรท์ (๐.๒๕ ปร.) ๐.๒๕ ล.ซม. ทิ้งทิ้งไว้ ๑๐ นาที. แล้วเติม แอมโมเนียม ซัลฟาเมต (๐.๒๕ ปร.) ๐.๒๕ ล.ซม. ทิ้งทิ้งไว้อีก ๑๐ นาที. จึงเติม นอร์มัลอัลฟาแนฟริลเฮรียัลดิไนโตร- อะมีน ฮัยโครมลอไรท์ (๑ ปร.) ๐.๕ ล.ซม. จะเกิดสีแดงม่วง.

๒) การตรวจโดยใช้ อินฟราเร็ด สเปค- โตรโฟโตมิเตอร์ เครื่องมือชนิดนี้เป็นเครื่อง พิเศษมีราคาแพง. การตรวจอาศัยลักษณะ จำเพาะของการดูดซึมรังสี อินฟราเร็ด และ สามารถใช้วัคปริมาตรได้, ตามวิธีของ Alha และ Tamminen

๓) การตรวจโดยใช้ อลตราไวโอเล็ต สเป็คโตรโฟโตมิเตอร์ โดยหลักการการดูดซึมรังสี อลตราไวโอเล็ต ของสาร พาราไอออน แยกแยะกับรังสี อินฟราเร็ด. พาราไอออน มีอัตราการดูดซึมที่ ๒๗๘ มิลลิไมครอน, และการดูดซึมต่ำสุด ๒๓๔ มิลลิไมครอน, ตามวิธีของ Hirt และ Fisclard. วิธีนี้สามารถใช้เทียบหาปริมาณได้เหมือนกัน.

แต่การตรวจโดยวิธีที่สองและสามนี้ มีข้อเสียที่ พาราไอออน ที่นำมาตรวจจำเป็นต้องทำให้บริสุทธิ์, มิฉะนั้นสิ่งปะปน จะมารบกวนการวัดด้วยเครื่องมือพิเศษ.

๔) การตรวจโดยวิธี “โซรมาโตกราฟี” บนกระดาษ สามารถทำได้โดยอาศัย เครื่องมือ ที่คิดแปลงอย่างง่าย ๆ และสามารถใช้เทียบหาปริมาณกับจุดมาตรฐานได้, ตามวิธีของ Metcalf และ March, และ Pfeil กับ Goldbach.

๕) การตรวจโดยวิธี “โซรมาโตกราฟี” บนแผ่นบาง, วิธีนี้เช่นเดียวกับวิธี โซรมาโตกราฟี บนกระดาษ, แต่ใช้ “ซิลิกา

เจล” เป็นแผ่นรองรับแทนกระดาษกรอง. ขอแนะนำวิธีของ Fischer และ Klingelholler หรือ Baumler และ Rippenstein.

๖) การตรวจโดยใช้เครื่อง “โปลาโรกราฟ” เป็นวิธีที่คงใช้เครื่องมือพิเศษอีก Bowen และ Edwards ได้แนะนำนำยาที่ใช้ และค่าของ “ซาฟเวฟไปเท็นเซยล” ไว้.

๗) การตรวจโดยวิธี “ซีวเคม” อาศัยหลักการสาร พาราไอออน หรืออนุพันธ์ของมันมีฤทธิ์หยุดยั้ง เอนไซม์โกลด์เอนเอสเทอเรส. Van Hecke, Hans Berteau, Heyndrickx และ Thomas ได้อาศัยคุณสมบัติดังกล่าวคิดแปลงเป็นวิธีวิเคราะห์ และใช้ตรวจปริมาณได้ด้วย.

จากวิธีการตรวจต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาแล้ว, พบว่าในห้องปฏิบัติการส่วนมาก อาศัยวิธี ๑ และ ๗. วิธี ๓, ๔ และ ๖ มีใช้กันอยู่บ้าง, ถ้ามีเครื่องมือเครื่องใช้ในห้องปฏิบัติการเพียงพอ. ส่วนวิธีที่เหลือ, คือวิธี ๒ และ ๕ นั้น, เครื่องมือมีลักษณะพิเศษและค่อนข้างมีราคาแพง จึงไม่ค่อยนิยมกัน. ในกรณีที่มีการถูกพิษ

หรือการตายจากสาร พาราไอออน<sup>๕</sup> ขึ้น,  
 ในบ้านห้องปฏิบัติการผลการตรวจโดยวิธี ๑  
 และ ๗ ก็น่าจะเพียงพอที่ยืนยันเหตุตายได้  
 แล้ว.

(จาก Vercruysse, A., and P. Deslypere:  
 J. Forensic Med. 1964, 11:107).

สมพูล กฤตลักษณ์ พ:ป.  
 (หน่วยนิติเวชวิทยา)

๔. เสนอศัพท์เพื่อเลือกใช้ (๔๓)

- |   |   |
|---|---|
| ๑๐๘๐๑. unirritable กระตุ้นไม่ขึ้น                         | ๑๐๘๒๑. uraniscochasma เพดาน (ปาก) โห้ว                          |
| ๑๐๘๐๒. uniseptate มีผนังกันข้างเดียว                      | ๑๐๘๒๒. uraniscolalia พูดเสียงเพดานโห้ว                          |
| ๑๐๘๐๓. unisexual มีเพศเดียว                               | ๑๐๘๒๓. uranisconitis เพดานปากอักเสบ                             |
| ๑๐๘๐๔. unitary มีหน่วยเดียว, เกี่ยวกับหน่วยเดียว          | ๑๐๘๒๔. uraniscoplasty ศัลยกรรมตกแต่งเพดานปาก                    |
| ๑๐๘๐๕. unmedullated ไม่มีปลอก                             | ๑๐๘๒๕. uraniscorrhaphy การเย็บซ่อมเพดานปาก                      |
| ๑๐๘๐๖. unnerving การตัดประสาท, การทำลายประสาท             | ๑๐๘๒๖. uraniscus เพดานปาก                                       |
| ๑๐๘๐๗. unorganized ไม่รวมเป็นอวัยวะ, ไม่มีอวัยวะ          | ๑๐๘๒๗. uranophobia โรคกลัวสวรรค์                                |
| ๑๐๘๐๘. unphysiologic ผิดหลักสรีรวิทยา                     | ๑๐๘๒๘. uranoplastic เกี่ยวกับการตกแต่งเพดานปาก                  |
| ๑๐๘๐๙. unpigmented ไม่มีสารสี                             | ๑๐๘๒๙. uranoplasty ศัลยกรรมตกแต่งเพดานปาก                       |
| ๑๐๘๑๐. unrest, peristaltic การกระสับกระส่ายในการบีบตัว    | ๑๐๘๓๐. uranoplegia อัมพาตเพดานอ่อน                              |
| ๑๐๘๑๑. unsaturated ไม่อิ่มตัว                             | ๑๐๘๓๑. uranorrhaphy การเย็บซ่อมเพดานปาก                         |
| ๑๐๘๑๒. unsex ตอน  | ๑๐๘๓๒. uranoschisis เพดาน (ปาก) โห้ว                            |
| ๑๐๘๑๓. unstriated ไม่มีลาย                                | ๑๐๘๓๓. uranoschism เพดาน (ปาก) โห้ว                             |
| ๑๐๘๑๔. unstriped ไม่มีลาย                                 | ๑๐๘๓๔. uranostaphyloschisis เพดาน (ปาก) โห้วทั้งส่วนอ่อนและแข็ง |
| ๑๐๘๑๕. ununited ไม่รวม, ไม่งอกประสาน, ไม่ต่อ              | ๑๐๘๓๕. uranosteoplasty ศัลยกรรมตกแต่งเพดานปาก                   |
| ๑๐๘๑๖. unwell ไม่สบาย, กำลังมีระดู                        | ๑๐๘๓๖. uraroma บั๊สสาวะหอม                                      |
| ๑๐๘๑๗. uracrasia บั๊สสาวะพิการ                            | ๑๐๘๓๗. urecchysis บั๊สสาวะซึมซ่าน                               |
| ๑๐๘๑๘. uracratia กลั้นบั๊สสาวะไม่ได้                      | ๑๐๘๓๘. uredo อากาการคัน, อากาการลมพิษ                           |
| ๑๐๘๑๙. uragogue ขับบั๊สสาวะ, ยาขับบั๊สสาวะ                | ๑๐๘๓๙. urelcosis แผลเบาของทางเดินบั๊สสาวะ                       |
| ๑๐๘๒๐. uranalysis การวิเคราะห์บั๊สสาวะ, บั๊สสาวะวิเคราะห์ | ๑๐๘๔๐. uretal เกี่ยวกับหลอดไต                                   |

๑๐๘๔๑. ureter หลอดไต  
 ๑๐๘๔๒. ureteral เกี่ยวกับหลอดไต  
 ๑๐๘๔๓. ureteralgia อาการปวดหลอดไต  
 ๑๐๘๔๔. ureterectasia หลอดไตโป่งพอง  
 ๑๐๘๔๕. ureterectasis หลอดไตโป่งพอง  
 ๑๐๘๔๖. ureterectomy การตัดหลอดไต  
 ๑๐๘๔๗. ureteric เกี่ยวกับหลอดไต  
 ๑๐๘๔๘. ureteritis หลอดไตอักเสบ  
 ๑๐๘๔๙. ureterocele หลอดไตโป่งพอง, หลอดไตเลื่อนหลุด  
 ๑๐๘๕๐. ureterocervical เกี่ยวกับหลอดไตร่วมคอมดลูก  
 ๑๐๘๕๑. ureterodialysis หลอดไตแตก  
 ๑๐๘๕๒. ureterolith นิ้วหลอดไต  
 ๑๐๘๕๓. ureterolithiasis การมีนิ้วหลอดไต  
 ๑๐๘๕๔. ureterolithotomy การผ่านิ้วหลอดไต  
 ๑๐๘๕๕. ureterolysis หลอดไตแตก, อัมพาตหลอดไต, การละลายหลอดไต  
 ๑๐๘๕๖. ureteropathy โรคหลอดไต  
 ๑๐๘๕๗. ureterophlegma เสมหะในหลอดไต  
 ๑๐๘๕๘. ureteroplasty ศัลยกรรมตกแต่งหลอดไต  
 ๑๐๘๕๙. ureteropyelitis หลอดไตร่วมกรวยไตอักเสบ  
 ๑๐๘๖๐. ureteropyosis หลอดไตอักเสบเป็นหนอง  
 ๑๐๘๖๑. ureterorrhagia เลือดออกจากหลอดไต  
 ๑๐๘๖๒. ureterorrhaphy การเย็บซ่อมหลอดไต  
 ๑๐๘๖๓. ureterostenoma หลอดไตตีบ  
 ๑๐๘๖๔. ureterostenosis หลอดไตตีบ  
 ๑๐๘๖๕. ureterostomy การเจาะระบายหลอดไต  
 ๑๐๘๖๖. ureterotomy การผ่าหลอดไต  
 ๑๐๘๖๗. ureteroureteral เชื่อมหลอดไตกับหลอดไต  
 ๑๐๘๖๘. ureterouterine เกี่ยวกับหลอดไตร่วมมดลูก  
 ๑๐๘๖๙. ureterovaginal เกี่ยวกับหลอดไตร่วมช่องคลอด  
 ๑๐๘๗๐. ureterovesical เกี่ยวกับหลอดไตร่วมกระเพาะเบา  
 ๑๐๘๗๑. urethra หลอดบัสสาวะ  
 ๑๐๘๗๒. urethral เกี่ยวกับหลอดบัสสาวะ  
 ๑๐๘๗๓. urethralgia อาการปวดหลอดบัสสาวะ  
 ๑๐๘๗๔. urethroscope กล้องส่องตรวจหลอดบัสสาวะ  
 ๑๐๘๗๕. urethratresia หลอดบัสสาวะไม่มีรูเปิด  
 ๑๐๘๗๖. urethrectomy การตัดหลอดบัสสาวะ  
 ๑๐๘๗๗. urethremphraxis การอุดกั้นหลอดบัสสาวะ  
 ๑๐๘๗๘. urethreurynter เครื่องถ่างหลอดบัสสาวะ  
 ๑๐๘๗๙. urethritis หลอดบัสสาวะอักเสบ  
 ๑๐๘๘๐. urethroblennorrhoea อาการหนองไหลจากหลอดบัสสาวะ  
 ๑๐๘๘๑. urethrocele หลอดบัสสาวะเลื่อนหลุด, หลอดบัสสาวะโป่ง  
 ๑๐๘๘๒. urethrocystitis หลอดบัสสาวะร่วมกระเพาะเบาอักเสบ  
 ๑๐๘๘๓. urethrodynia อาการปวดหลอดบัสสาวะ  
 ๑๐๘๘๔. urethropenile เกี่ยวกับหลอดบัสสาวะและองคชาติ  
 ๑๐๘๘๕. urethropraxis การอุดกั้นบัสสาวะ  
 ๑๐๘๘๖. urethroplasty ศัลยกรรมตกแต่งหลอดบัสสาวะ  
 ๑๐๘๘๗. urethrorectal เกี่ยวกับหลอดบัสสาวะร่วมไส้ตรง  
 ๑๐๘๘๘. urethrorrhagia อาการเลือดไหลจากหลอดบัสสาวะ  
 ๑๐๘๘๙. urethrorrhaphy การเย็บซ่อมหลอดบัสสาวะ  
 ๑๐๘๙๐. urethrorrhea, urethrorrhoea ภาวะมีสิ่งไหลออกจากหลอดบัสสาวะ  
 ๑๐๘๙๑. urethroscope กล้องส่องตรวจหลอดบัสสาวะ  
 ๑๐๘๙๒. urethrospasm หลอดบัสสาวะหดเกร็ง  
 ๑๐๘๙๓. urethrostaxis เลือดซึมจากหลอดบัสสาวะ

- ๑๐๕๕๔. urethrostenosis หลอดบัสสาวะตีบ
- ๑๐๕๕๕. urethrostomy การเจาะระบายหลอดบัสสาวะ
- ๑๐๕๕๖. urethrotome มีดผ่าหลอดบัสสาวะ
- ๑๐๕๕๗. urethrotomy การผ่าหลอดบัสสาวะ
- ๑๐๕๕๘. urethrovaginal เกี่ยวกับหลอดบัสสาวะร่วมช่องคลอด
- ๑๐๕๕๙. urethrovesical เกี่ยวกับหลอดบัสสาวะร่วมกระเพาะเบ
- ๑๐๕๖๐. uretic เกี่ยวกับบัสสาวะ, ขับบัสสาวะ
- ๑๐๕๖๑. uric เกี่ยวกับบัสสาวะ
- ๑๐๕๖๒. uricacidemia, uricacidaemia เลือดมีกรดยูริกเกิน
- ๑๐๕๖๓. uricaciduria บัสสาวะมีกรดยูริกเกิน, ภาวะกรดยูริกเกินในบัสสาวะ
- ๑๐๕๖๔. uricemia, uricaemia เลือดมีกรดยูริกเกิน, ภาวะกรดยูริกเกินในเลือด
- ๑๐๕๖๕. uricocholia น้ำดีมีกรดยูริก
- ๑๐๕๖๖. uricolysis การสลายกรดยูริก (และยูเรต)
- ๑๐๕๖๗. uricolytic ซึ่งสลายกรดยูริก
- ๑๐๕๖๘. uricopoiesis การสร้างกรดยูริก
- ๑๐๕๖๙. uricosuria ภาวะบัสสาวะมีกรดยูริก
- ๑๐๕๗๐. uricosuric แรงการขับกรดยูริกในบัสสาวะ
- ๑๐๕๗๑. uriesthesia, uriaesthesia การปวดถ่ายบัสสาวะ
- ๑๐๕๗๒. urinable คัดถ่ายได้ทางบัสสาวะ
- ๑๐๕๗๓. urinal โถเบ, หม้อเบ
- ๑๐๕๗๔. urinalysis การวิเคราะห์บัสสาวะ, การตรวจบัสสาวะ
- ๑๐๕๗๕. urinary เกี่ยวกับบัสสาวะ, มีบัสสาวะ, คัดหลังบัสสาวะ
- ๑๐๕๗๖. urinate ถ่ายบัสสาวะ, เบ
- ๑๐๕๗๗. urination การบัสสาวะ
- ๑๐๕๗๘. urinative ขับบัสสาวะ
- ๑๐๕๗๙. uriniferous นำบัสสาวะ, ส่งบัสสาวะ
- ๑๐๕๘๐. urinific สร้างบัสสาวะ
- ๑๐๕๘๑. uriniparous สร้างบัสสาวะ
- ๑๐๕๘๒. urinogenital เกี่ยวกับบัสสาวะร่วมกับเพศ
- ๑๐๕๘๓. urinogenous เกิดจากบัสสาวะ, สร้างบัสสาวะ
- ๑๐๕๘๔. urologist ผู้ชำนาญวิทยาบัสสาวะ, ผู้ชำนาญมุทวิทยา
- ๑๐๕๘๕. urology วิทยาบัสสาวะ, มุทวิทยา
- ๑๐๕๘๖. urinous เกี่ยวกับบัสสาวะ, มีบัสสาวะ
- ๑๐๕๘๗. urinosexual เกี่ยวกับบัสสาวะร่วมกับเพศ
- ๑๐๕๘๘. urisolvent ละลายกรดยูริก
- ๑๐๕๘๙. urochesia การถ่ายบัสสาวะทางทวารหนัก
- ๑๐๕๙๐. urocinetic มีเหตุจากบัสสาวะ
- ๑๐๕๙๑. uroclopsia การถ่ายบัสสาวะไม่รู้ตัว, บัสสาวะไหลไม่รู้ตัว
- ๑๐๕๙๒. urocristia การวินิจฉัยจากบัสสาวะ
- ๑๐๕๙๓. urocristis ภาวะวิกฤติเพื่อบัสสาวะ
- ๑๐๕๙๔. urocyst กระเพาะบัสสาวะ
- ๑๐๕๙๕. urocystic เกี่ยวกับกระเพาะบัสสาวะ
- ๑๐๕๙๖. urocystitis กระเพาะบัสสาวะอักเสบ
- ๑๐๕๙๗. urocystitis กระเพาะบัสสาวะอักเสบ
- ๑๐๕๙๘. urodialysis การระงับบัสสาวะ
- ๑๐๕๙๙. urodochium หม้อเบ, โถเบ
- ๑๐๕๙๐. urodynia อาการปวดเวลาถ่ายบัสสาวะ
- ๑๐๕๙๑. urogenital เกี่ยวกับบัสสาวะและเพศ
- ๑๐๕๙๒. urogenous สร้างบัสสาวะ, เกิดจากบัสสาวะ
- ๑๐๕๙๓. urokinetic มีต้นเหตุจากบัสสาวะ
- ๑๐๕๙๔. urolite, urolith นิวบัสสาวะ
- ๑๐๕๙๕. urolithiasis โรคนิวบัสสาวะ, การเกิดนิวบัสสาวะ
- ๑๐๕๙๖. urolithic เกี่ยวกับนิวบัสสาวะ
- ๑๐๕๙๗. urolithology วิทยานิวบัสสาวะ
- ๑๐๕๙๘. urologic, urological เกี่ยวกับวิทยาบัสสาวะ
- ๑๐๕๙๙. urologist นักวิทยาบัสสาวะ
- ๑๐๕๙๐. urology วิทยาบัสสาวะ
- ๑๐๕๙๑. uroncus ส่วนบวมมีบัสสาวะ

๑๐๕๕๒. uronology วิทยาบัสสาวะ, มูตวิทยา  
 ๑๐๕๕๓. uronoscopy การตรวจบัสสาวะ  
 ๑๐๕๕๔. uropathy โรคทางบัสสาวะ  
 ๑๐๕๕๕. uropenia บัสสาวะน้อย  
 ๑๐๕๕๖. urophanic ปรากฏในบัสสาวะ  
 ๑๐๕๕๗. urophobia โรคกลัวถ่ายบัสสาวะ  
 ๑๐๕๕๘. uropoiesis การคัดหลังบัสสาวะ  
 ๑๐๕๕๙. uropoietic เกี่ยวกับการคัดหลังบัสสาวะ  
 ๑๐๕๖๐. uropyouretic หลอดไตมีบัสสาวะปน  
 หนอง  
 ๑๐๕๖๑. urorrhagia อาการบัสสาวะมาก, อาการ  
 เบาเกิน  
 ๑๐๕๖๒. urorrhoea, urorrhoea การถ่ายบัสสาวะ  
 ไม่รู้ตัว, บัสสาวะไหลไม่รู้ตัว  
 ๑๐๕๖๓. uroschesis บัสสาวะขี้ดก  
 ๑๐๕๖๔. uroscopic เกี่ยวกับการตรวจบัสสาวะ  
 ๑๐๕๖๕. uroscopy การตรวจบัสสาวะ  
 ๑๐๕๖๖. urosemiology วิทยาบัสสาวะวินิจฉัย  
 ๑๐๕๖๗. urosepsis โรคพิษบัสสาวะ  
 ๑๐๕๖๘. uroseptic เกี่ยวกับพิษบัสสาวะ  
 ๑๐๕๖๙. urosis โรคอวัยวะบัสสาวะ  
 ๑๐๕๗๐. urotoxia พิษบัสสาวะ, สารพิษในบัสสาวะ  
 ๑๐๕๗๑. urotoxic เกี่ยวกับพิษบัสสาวะ  
 ๑๐๕๗๒. urotoxicity พิษบัสสาวะ  
 ๑๐๕๗๓. urtica ฝิ่นลมพิษ  
 ๑๐๕๗๔. urticant ทำให้คัน  
 ๑๐๕๗๕. urticaria ลมพิษ  
 ๑๐๕๗๖. urticarial เกี่ยวกับลมพิษ, มีลักษณะ  
 เป็นลมพิษ  
 ๑๐๕๗๗. urticariogenic ทำให้เป็นลมพิษ  
 ๑๐๕๗๘. urticarious เกี่ยวกับลมพิษ, มีลักษณะ  
 เป็นลมพิษ  
 ๑๐๕๗๙. urticate มีฝิ่นลมพิษ  
 ๑๐๕๘๐. urtication การเกิดลมพิษ, การทำให้เป็น  
 ลมพิษ  
 ๑๐๕๘๑. ustion การจี้ด้วยไฟ  
 ๑๐๕๘๒. uterectomy การตัดมดลูก  
 ๑๐๕๘๓. uterismus อาการปวดมดลูก  
 ๑๐๕๘๔. uteritis มดลูกอักเสบ  
 ๑๐๕๘๕. uteroabdominal เกี่ยวกับมดลูกร่วม  
 ช่องท้อง  
 ๑๐๕๘๖. uterocervical เกี่ยวกับมดลูกร่วมคอ  
 มดลูก  
 ๑๐๕๘๗. uterocystostomy การเจาะต่อมดลูกกับ  
 กระเพาะเบา  
 ๑๐๕๘๘. uterodinia อาการปวดมดลูก  
 ๑๐๕๘๙. uterogenic เกิดในมดลูก  
 ๑๐๕๙๐. uterogestation การตั้งครรภ์ในมดลูก,  
 ระยะครรภ์ปกติ  
 ๑๐๕๙๑. uterolith นิ้วมดลูก  
 ๑๐๕๙๒. uterologist สูตินรีแพทย์  
 ๑๐๕๙๓. uterology สูติศาสตร์นรีเวชวิทยา  
 ๑๐๕๙๔. uterometer เครื่องวัดมดลูก  
 ๑๐๕๙๕. uterometry การวัดมดลูก  
 ๑๐๕๙๖. utero-ovarian เกี่ยวกับมดลูกร่วม  
 รังไข่  
 ๑๐๕๙๗. uteroparietal เกี่ยวกับมดลูกร่วมผนัง  
 ท้อง  
 ๑๐๕๙๘. uteropelvic เกี่ยวกับมดลูกร่วมเชิงกราน  
 ๑๐๕๙๙. uteropexy การเย็บตรึงมดลูก  
 ๑๑๐๐๐. uteroplacental เกี่ยวกับมดลูกร่วมรก  
 ๑๑๐๐๑. uteroplasty ศัลยกรรมตกแต่งมดลูก

The medicinal treatment of arthropathies with Osadrin "Knoll"

โดย Dr. R. Bertel and Dr. H. Dittrich

แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาล Hanusch, Vienna (Austria)

คัดจาก Wiener Medizinische Wochenschrift, vol. 106, No. 27 (p. 606), 1956

### การรักษาโรคข้ออักเสบด้วยไอซาดริน "คนอลล์"

การค้นคว้าเพื่อจะหายาที่มีสรรพคุณอันเหมาะสมในการรักษาโรคข้ออักเสบต้องทำต่อไป นานมาแล้วที่สารจำพวก พัยราโซโลน ได้นำมาใช้รักษาโรคข้ออักเสบ เพราะมีคุณสมบัติทั้งการแก้ปวดและระงับ การอักเสบด้วย ซึ่งมีประโยชน์มากในรายที่มีการอักเสบแบบรูมาติกและมีการเสื่อมของกระดูกข้อ ซึ่งมักจะเกิดขึ้นด้วยกัน ผู้รายงานได้ทดลองยาใหม่ประเภทนี้ชานานหนึ่ง คือ OSADRIN (Knoll A-G, Ludwigshafen/Rhein, Western Germany) ซึ่งใช้กันอยู่ในเยอรมนีแล้ว

ยานี้ทำเป็นน้ำสำหรับฉีด และเป็นเม็ดสำหรับกิน

ไอซาดรินมีตัวยาใหม่ชานานหนึ่ง คือ 1,4 - diphenyl-3,5 - dioxopyrazolidine ซึ่งมีสรรพคุณดีกว่า aminophenazone หรือ aminopyrine ในสัตว์ทดลอง การใช้ diethyl aminoethanol salt และการเติมโปรเคนในยาฉีด และการผสมกรดพาราอามีโนเบนโซอิกในชนิดเม็ด ทำให้ยานี้มีสรรพคุณ

เพิ่มขึ้น ตัวยาใหม่นี้ช่วยให้มีโนเฟนาโซน ซึ่งเป็นตัวยาสำคัญตัวที่ 2 ละลายได้ดีและมีฤทธิ์สูงขึ้น การรวมของตัวยาสำคัญทั้ง 2 นี้ไม่เพียงแต่ทำให้ได้ผลเพิ่มขึ้นเท่านั้น แต่ยังทำให้มีพิษน้อยลงและฉีดไม่ปวดด้วย

ในระยะเวลา 6 เดือน ผู้รายงานได้รักษาผู้ป่วยด้วยไอซาดริน 106 ราย ชนิดของโรคและผลที่ได้แสดงไว้ข้างล่างนี้

ในระยะแรกใช้ ไอซาดรินฉีดวันละ 5 ซี.ซี. เข้ากล้ามเนื้อ เป็นเวลา 10—15 วัน ต่อจากนั้นให้กินครั้งละ 1—2 เม็ด วันละ 3 ครั้ง ส่วนมากการรักษากินเวลาประมาณ 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยเริ่ม รู้สึกผลยาในเวลา ประมาณ 2—3 นาที (อย่างมาก 15 นาที) ภายหลังฉีด และระยะเวลาที่แสดงผลประมาณ 4—10 ชม.

โรคข้ออักเสบทั่วไปชนิดเป็นเรื้อรังมีรายงานที่ใช้ไอซาดรินรักษาได้ผลดี เป็นส่วนมาก แต่ทั้งนี้สภาพพยาธิในข้อเป็นสิ่งสำคัญ เพราะเหตุว่าการที่จะใช้ยานานหนึ่งชานานใดรักษาข้ออักเสบเรื้อรังที่เป็นมาหลายปีให้หายขาดนั้น ย่อมหวังได้ยาก ในรายเช่นนี้ การที่ผู้ป่วยหายจากความเจ็บปวดได้นาน ๆ ก็ต้องถือว่าการรักษาเป็นผลสำเร็จ สำหรับรายที่เป็นน้อย ผู้ป่วยจะหายโดยปราศจากอาการต่าง ๆ และตรวจไม่พบอาการผิดปกติใด ๆ ผู้รายงานได้พบว่าสรรพคุณ ระงับอักเสบ ของไอซาดรินแรงกว่าสรรพคุณระงับปวด ดังนั้น ยาจึงให้ผลดีกว่าในรายที่อาการเกิดจากการอักเสบ

ตามรายงานปรากฏว่าผลการรักษาด้วย  
โอสาดรินในโรคเส้นประสาทอักเสบโดยเฉพาะ  
ประสาทไซอาติก (sciatic nerve) ได้ผลเป็น  
ที่พอใจมาก ผู้ป่วยมักจะหายภายหลังการฉีด  
เพียง 2—3 ครั้ง อาการปวดกล้ามเนื้อ ปวด  
ข้อ ปวดหลังก็ได้ผลดีเช่นเดียวกัน โรค  
งูสวัด หรือ Herpes zoster ได้ผลดีพอสมควร  
ทั้ง ๆ ที่โรคนี้รักษายากอยู่แล้ว

เกี่ยวกับความทนยาและผลข้างเคียงของ  
โอสาดริน พบว่าการฉีดไม่ปวดเลย ปฏิบัติ

เช่นเป็นผู้หลังการฉีดก็ไม่พบ ในจำนวน 106  
ราย มีเพียง 3 รายที่พบการอักเสบเล็กน้อย  
บริเวณที่ฉีดซ้ำหลายครั้ง แต่เมื่อหยุดฉีดสัก  
1—2 วันก็หายไปเอง

การให้กินโอสาดรินชนิดเม็ดไม่พบมีผล  
รบกวนต่อกระเพาะหรือลำไส้เลย และไม่พบ  
ในรายงานของผู้อื่นด้วย

อาการแพ้แบบลมพิษอ่อน ๆ มีพบ 5  
ราย แต่หายด้วยการฉีดแคลเซียมโดยไม่ต้อง  
หยุดให้โอสาดริน ไม่พบอาการบวมหน้า และ  
การเปลี่ยนแปลงของเม็ดเลือดแต่อย่างใด

#### ผลการรักษา

โรคที่วินิจฉัย	จำนวน	ดีมาก	เป็นที่ พอใจ	ได้ผล น้อย	ไม่ได้ผล
1. ข้ออักเสบทั่วไป					
— เป็นอย่างเฉียบพลัน	5	1	3	—	1
— เป็นเรื้อรัง	32	17	8	2	5
2. การเสื่อมของข้อกระดูก					
— ข้อสันหลัง	22	5	11	2	4
— ข้อเข่า	9	4	2	2	1
3. ปวดกล้ามเนื้อและปวดหลัง	17	9	5	3	—
4. ปวดประสาททั่วไป	8	2	2	3	1
5. ประสาทอักเสบ	8	3	3	2	—
6. เฮอร์ปีส ซอสเตอร์ (งูสวัด)	2	—	2	—	—
7. ไขหัดใหญ่	3	3	—	—	—
รวม	106	44	36	14	12

สรุปแล้วอาจกล่าวได้ว่าโอสาดรินจัดเข้าในพวกยารักษาโรค ข้อรูมาติกที่ได้มาตรฐาน  
เพราะมีสรรพคุณแก้ปวด ระงับการอักเสบได้อย่างดีเยี่ยมทั้งมีสรรพคุณแก้ไขด้วย ในขณะที่  
เดียวกันมีพิษน้อยซึ่ง ผู้ป่วยทนยาได้ดี ทั้งการฉีดเข้ากล้ามเนื้อและให้กินทางปาก

## แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำปีเดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๐๘

๑. จำนวนผู้ป่วย	อายุร	ศัลย	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
นอก ใหม่	๓,๔๖๑	๒,๖๗๒	๒,๐๒๕	๒,๓๖๑	๒,๓๗๗	๘๐๑	๑๓,๖๘๗
เก่า	๖,๕๕๕	๔,๐๑๓	๔,๕๖๕	๓,๒๑๒	๔,๒๘๕	๑,๓๔๕	๒๔,๐๕๕
รวม	๑๐,๐๑๖	๖,๖๘๕	๖,๖๒๑	๕,๕๗๓	๖,๖๖๒	๒,๑๔๖	๓๗,๕๖๖
ใน	๒๗๑	๔๒๗	๑,๖๖๘	๓๔๖	๔๐๐	—	๓,๑๓๒

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลย ๕๗๓, จักษุ ๖๗๕, สูติ—นารี ๗ ๖๖๐, รวม ๑,๕๐๘ ราย.
๓. จำนวนเด็กเกิด, ชาย ๖๔๐, หญิง ๖๑๒, รวม ๑,๒๕๒. คลอดตาย, ชาย ๑๕, หญิง ๗, รวม ๒๒.
๔. ผู้ป่วยตาย ๑๕๐ คน (๖.๑๐ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด). ใต้ตรวจศพ ๖๖ ราย (๓๔.๗๓ ปช. ของที่ตาย).
๕. คลังเลือด เจาะเลือดในโรงพยาบาล ๕๘๒ ครั้ง, บางขวาง ๗๑ ครั้ง, ลพบุรี ๒๐๗ ครั้ง, รั้งจากสถานเสาวภา ๕๓ ขวด, จากญาติ ๕๘ ราย.
๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๕,๘๖๓ คน. รักษาใหม่ ๖๒ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๕๔๐ คน. รวมนำรักษาใหม่เก่า ๕๕ คน. รวมนำรักษาใหม่เก่า ๔๕ คน. วิทยุไอโซโทป รักษาใหม่ ๑๔๑ คน, วิทยุไอโซโทปวิจัย รวมนำรักษาใหม่เก่า ๖๑๕ คน. ไดอะเทอร์มีย์ รักษาใหม่ — คน, รวมนำรักษาใหม่เก่า — คน. โคบอลต์ ๖๐, รักษาใหม่ ๗๑ คน, รวมนำรักษาใหม่เก่า ๑,๔๖๑ คน.
๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๑๐๓ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๘,๑๕๕ ครั้ง.
๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๖๖ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๓๐๓ ชิ้น. ตรวจเนื้อ ๑,๒๔๘ ชิ้น (จากภายนอก ๒๘๔ ชิ้น). ตรวจเซลล์มะเร็ง ๔๕ ราย. การตรวจเซรัมวิทยา ๑๑๗ ราย, วัสดุเซอร์แมนและกาห์น ๓,๐๐๓. การตรวจไวรัสพอลิโอ ๓๑. หมู่มเลือด ๓. น้บเม็ดเลือด —. วัสดุไมโครบิน —. ตรวจปัสสาวะ ๒๕๒ ราย. ตรวจอุจจาระ ๗๐ ราย. การตรวจไวรัสคัมบี — ราย. ตรวจความเปราะของเม็ดเลือด —. การตรวจไวรัส อี.เอ. ๓๑. เพาะเชื้อบิด ๑๓. ตรวจทดลองตัวจิต ๔๒. ตรวจศพนิติเวช ๔๕. ตรวจวัตถุพยาน ๔๗. ตรวจวิเคราะห์ ๖๐. ตรวจผู้ป่วยคดี ๓๕๕.
๙. แผนกจุลชีววิทยา เพาะเชื้อจากเลือด ๓๕๕. เพาะเชื้อจากอุจจาระ ๑๖๑. เพาะเชื้อจากปัสสาวะ ๒๔๓. เพาะเชื้อจากเสมหะและอื่น ๆ ๖๒๖. เพาะเชื้อจากน้ำไขสันหลัง ๑๑๑. เพาะเชื้อวัณโรค ๕๕. น้ดสัตว์ทดลอง —. ทดสอบความไวของเชื้อต่อยา ๔๕. ตรวจน้ำเหลืองเกี่ยวกับไวรัส ๔.
๑๐. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๑๒. เจาะน้ำสันหลัง ๑๕. เจาะตับ ๓. เจาะน้ำช่องปอด ๕. อัดลมเข้าช่องปอด —. อัดลมเข้าช่องท้อง —. ผ่าตัดผิวหนัง ๓๕. จี —. น้ดยาทั่วไป ๔,๗๓๓. เบาหวาน ๓,๑๕๕. คลินิกวัณโรค ๓๑๖. คลินิกความดันเลือดสูง —.
๑๑. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๒๘๘. ถอนฟัน ๑,๒๑๘. อุดฟัน ๕๕๓. ผ่าตัดช่องปาก ๕๒.

(โดยความเอื้อเฟื้อของแผนกสถิติ ฯ)

พิธีเปิดพระรูปสมเด็จพระเจ้าฟ้าชายศิริราช

กกุฎภัณฑ์

เมื่อวันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๐๘, คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้กระทำพิธีเปิดพระรูปสมเด็จพระเจ้าฟ้าชายศิริราชกกุฎภัณฑ์, พระราชโอรสในพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว, พระผู้พระราชทานกำเนิดศิริราช. วันนั้นตรงกับวันเริ่มการศึกษาใหม่, เวลา ๘.๔๕ น. บรรดา อาจารย์ และ นักศึกษา แห่ง คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้ไปประชุมพร้อมกันที่หน้าห้องสมุดตรงหน้าที่ประดิษฐานพระรูป, เพื่อถวายความระลึกถึงสมเด็จพระเจ้าฟ้าชายพระองค์นั้น. ในพิธีการนี้, คณะที่อ่านคำสดุดีและอัญเชิญอธิการบดีแห่งมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์กระทำพิธีเปิด, อธิการบดีกล่าววาทะด้วยตัวอักษรเปิดแพรคลุมพระรูป. ภาพนี้เป็นฝีมือคุณทอง สิมังชัย แห่งแผนกกายวิภาคศาสตร์.

เริ่มปีการศึกษา ๒๕๐๘-๐๙

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้กำหนดพิธีเริ่มการศึกษานี้ใหม่, ๒๕๐๘-๐๙ ดังเคยปฏิบัติมา ในปีก่อน ๆ คือ :

- (๑) เวลา ๘.๐๐ น. คณะที่กล่าวคำปราศรัย, (๒) ต่อจากนั้น ศาสตราจารย์ น.พ. เพ็ญ สัตยสงวน แสวงสุนทรพจน์, (๓) อาจารย์ผู้ปกครองกล่าวคำปราศรัย. พิธีนี้กระทำในหอประชุมราชแพทยาลัย เมื่อวันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๐๘, บรรดา อาจารย์และนักศึกษาได้เข้าร่วมงาน โดยพร้อมเพรียงกัน

การปราศรัยที่เป็นประวัติการณ์

เมื่อวันที่ ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๐๘, ระหว่างเวลา ๑๕.๐๐ น. ถึง ๑๖.๐๐ น., ศาสตราจารย์ น.พ. อุดม โปษะกฤษณะ, คณะที่ ๓ ได้ขึ้นประชุมบรรดาอาจารย์ในคณะ เพื่อฟังคำปราศรัยของท่าน ซึ่งเกี่ยวกับการศึกษาและการสอนภายในคณะ. เนื้อหาของเรื่องเป็นการแสดงผลงานประกอบด้วยคำเตือนในด้านการปฏิบัติและจิตใจ (เราหวังว่าจะมีโอกาสนำลงตีพิมพ์เป็นตอน ๆ). คำปราศรัยของท่าน คณะที่ ๓ น่าจะมีผลเป็นการกระตุ้นเตือนความตงอกตั้งใจของอาจารย์เป็นอย่างดี. นับเป็นครั้งแรกในเวลาหลายสิบปีที่มีการชี้แจงและเรียกร้องจากคณะที่ ๓ เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ของอาจารย์ในคณะนี้.

แต่งตั้งกรรมการพิจารณาทุนการศึกษา  
ประจำปี ๒๕๐๘

โดยมติกรรมการคณะแพทยศาสตร์  
และศิริราชพยาบาล วันที่ ๑๕ พฤษภาคม  
๒๕๐๘, คณะที่ออกคำสั่งแต่งตั้งกรรมการ  
พิจารณาทุนการศึกษา ประจำปี ๒๕๐๘  
คือ : ศาสตราจารย์ น.พ. อวย เกตุสิงห์  
เป็นประธาน, ประกอบด้วยกรรมการ : น.พ.  
เสนอ อินทรสุขศรี, น.พ. คำรง เพ็ชร-  
พลาย และ พ.ญ. เพทาย ศิริการณ.

แต่งตั้งอนุสาสก์

คณะที่ออกคำสั่งแต่งตั้งอนุสาสก์ตามมติ  
กรรมการ คณะ แพทยศาสตร์ และ ศิริราช  
พยาบาล วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๐๘  
ดังนี้ :

น.พ. คำรง เพ็ชรพลาย, อาจารย์  
ประจำแผนกวิชาเภสัชวิทยา ดำรงตำแหน่ง  
อนุสาสก์ชาย. พ.ญ. เพทาย ศิริการณ,  
อาจารย์ประจำแผนกวิชากายวิภาคศาสตร์  
ดำรงตำแหน่งอนุสาสก์หญิง. น.พ. สติล  
สุขโรจน์, อาจารย์ประจำแผนกวิชาสัตว-  
วิทยา ดำรงตำแหน่งผู้ช่วยอนุสาสก์ชาย.

คณะกรรมการคาเฟทีเรีย

โดย มติ กรรมการ คณะ แพทย ศาสตร์

และศิริราชพยาบาล วันที่ ๑๕ พฤษภาคม  
๒๕๐๘, คณะที่ออกคำสั่งแต่งตั้งคณะ  
กรรมการคาเฟทีเรีย ดังต่อไปนี้ : ประธาน :  
ศาสตราจารย์ น.พ. แคน กาญจนาวณิช,  
กรรมการ : ศาสตราจารย์ น.พ. สร เมศติย-  
วงศ์, น.ส. อรุณ ชัยนิกิจ, อนุสาสก์หญิง,  
หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านทั่วไป, นายก  
สโมสรมักศึกษา, หัวหน้าหอหญิง, หัวหน้า  
หอชาย, หัวหน้าหอประชาธิปไตย และ  
อนุสาสก์ชาย.

ข่าวอาจารย์

น.พ. มุกดา ตฤณานนท์ และ น.พ.  
ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ แห่งแผนกอายุรศาสตร์  
เดินทางไปร่วมบรรยาย และ อภิปราย เรื่อง  
“อาการไข้ที่ไม่ทราบสาเหตุ” ที่โรงพยาบาล  
ลพบุรี, เมื่อวันที่ ๒๘ พฤษภาคม  
๒๕๐๘. ทั้งนี้ ได้รับคำเชิญจากคณะ  
แพทย์แห่งโรงพยาบาล จังหวัด สระบุรี,  
ลพบุรี และพระพทธบาท สระบุรี, ซึ่งผ่าน  
แพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย.

อาคันตุกะ

ศาสตราจารย์ Mc Guinness, ประธาน  
ของ E.C.F.M.G. และอดีตคณบดีของ  
Pennsylvania Postgraduate Medical

School เข้าเยี่ยมคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล เมื่อวันที่ ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๐๘, ต่อจากนั้นได้เข้าพบอธิการบดีมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์, สันทนาถังเรื่อง แพทย์ที่สอบความรู้ เทียบเท่า แพทย์ของสหรัฐอเมริกา เพื่อไปทำงานในสหรัฐอเมริกา

#### ข่าวอนุโมทนา

๑) นายเผ่งเย็ก แซ่ห่าน บริจาคเครื่อง ตกแต่ง ภายใน ห้อง ตรวจโรค ผู้ช่วยนอกหญิง, อาจารย์, เป็นมูลค่า ๘,๐๐๐ บาท.

๒) ร.ต. สุธิ ฝากขยาย บริจาคเครื่อง ตกแต่ง ภายใน ห้องตรวจโรค ผู้ช่วยนอกหญิง, อาจารย์, เป็นมูลค่า

๑๕,๐๐๐ บาท

๓) ผู้ไม่ประสงค์ออกนาม บริจาคเครื่องขยายเสียง เพื่อใช้เรียกผู้ช่วยนอกหญิง, อาจารย์, รับการตรวจโรค เป็นมูลค่า ๒,๕๕๕ บาท

๔) นางหนูปริก จันทร์สุข บริจาคเงิน ๑๕๐ บาท บำรุงแผนกสังคมสงเคราะห์

๕) นายเจ็งฮ้อ แซ่ลิ้ม บ้านเลขที่ ๑๑๑๗ ถนนเทอดไทย, ธนบุรี บริจาคเงิน ๕๐๐ บาท และนาฬิกาติดฝา ๑ เรือน ให้แผนกสังคมสงเคราะห์

๖. น.พ. คิเรก พงษ์พิพัฒน์ บริจาคต้นกุหลาบ ๑๐ กระถางให้แก่โรงพยาบาล

๗) พลเรือจัตวา วิสุทธิ์ แสงอภัย บริจาคต้นหน้าวัว ๑๕ กระถางให้แก่โรงพยาบาล

#### หนังสือลดราคา

หนังสือดีที่แผนกกายวิภาคศาสตร์: (๑) รวมเรื่องพันธุ์ทางวิชาการ ครั้งที่สิบ พ.ศ. ๒๕๐๖. ราคาเดิม ๓๕ บาท ลดเหลือ ๓๐ บาท (๒) เวชนิสิต ๒๕๐๖. ราคาเดิม ๑๐๐ บาท ลดเหลือ ๓๐ บาท. รายได้ทั้งสี่สนับสนุนประชุมวิชาการของคณะแพทยศาสตร์ ฯ.